Nr. 44. 29. października 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Jerzy JASIEŃSKI. Kraków.

Cztery przypadki zrostowego zapalenia stawów międzykręgowych leczone przy pomocy zabiegów na gruczołach przytarczowych.

Z Lecznicy Związku Kas Chorych w Krakowie.

Jesteśmy świadkami w ostatnich czasach niezwykle śmiałych poczynań chirurgicznych, zmierzających do rozwiązania szeregu zagadnień, które pozwoliłyby w szybkiem tempie pchnąć naprzód postęp pewnych dziedzin wiedzy lekarskiej. Wobec tego, iż możliwości doświadczeń na zwierzęciu w znacznej mierze zostały wyczerpane, niektórzy chirurdzy odważyli się przejść do doświadczeń wprost na człowieku.

Wysiłki te zwrócić na siebie musiały uwagę całego świata lekarskiego, dały one bowiem wyniki ciekawe, pozwoliły na zbudowanie szeregu oryginalnych pomysłów, choć niejednokrotnie pod pewnemi względami stojących w sprzeczności ze sobą i pobudziły do przeprowadzenia szeregu badań naukowych i rewizji wielu dotychczasowych poglądów. Po chirurgji układu współczulnego przyszła kolej na chirurgję pewnych gruczołów dokrewnych. Mam na myśli gruczoły przytarczowe, które doniedawna uważane były za nietykalne, gdyż, jak wykazało doświadczenie, należało za wszelką cenę je oszczędzać w czasie zabiegów operacyjnych, wykonywanych na tarczycy. Jeśli przypomnimy sobie znany z piśmiennictwa niezwykle ciężki obraz ostrej, śmiertelnej tężyczki pooperacyjnej po pierwszych doszczętnych operacjach wola, a także jej postacie przewlekłe i dziś jeszcze od czasu do czasu spotykane po zabiegach wykonanych przy nowotworach tarczycy, to dziwić się tylko wypadało tym śmiałym chirurgom, którym przyszła myśl usuwania narządów tak ważnych dla życia.

W roku 1926 doniósł M a n d l o chorym z włóknistem uogólnionem zapaleniem kości, u którego usunął z dobrym wynikiem gruczoł przytarczowy, a O p p e l o trzech tego rodzaju zabiegach wykonanych spowodu zrostowego zapalenia stawów międzykręgowych. Od roku 1926 rozpoczyna się więc chirurgja gruczołów przytarczowych — usuwanie ich spowodu przypuszczalnej nadczynności. M a n d l usunął przerosły gruczoł, sprawiający wrażenie guza, a więc sprawy chorobowej. O p p e l posunął się znacznie dalej, usuwał bowiem niepowiększone gruczoły przytarczowe, o prawidłowem utkaniu, opierając się na pomyśle o możliwości istnienia czysto funkcjonalnej ich nadczynności, wysuniętej przez M a r e s c h a i S t e n h o l m a.

Ryzykowne te usiłowania miały na celu potwierdzenie pewnych nasuwających się a niedających się bez jednego choćby dowodu klinicznego wyglosić hipotez, pewnych spekulacyj myślowych tak niezwykłych, że do dziś jeszcze nie zdołały one przekonać wszystkich. Przedewszystkiem już to każdego uderzyć musiało, że schorzenia tak bardzo od siebie różne usiłowano jednakowo tłumaczyć nadczynnością gruczołów przytarczowych i jednakowo je leczyć, i że cowięcej, działo się to ściśle w tym samym czasie. Biolodzy i patolodzy uważają nadal, że zbyt mało jest jeszcze dowodów na to, aby można było mówić o słuszności tych hipotez i doszukują się faktów, które im przeczą. Dla chirurgów zaś, którzy zawsze pragną sobie zdać sprawę z tego, co czynią, nawet dobre uzyskane dotychczas wyniki lecznicze nie są dość przekonywujące.

Tem niemniej jednak zabieg proponowany przez O p p e l a znalazł naśladowców. Doszukując się wpływu gruczołów przytarczowych we wszystkich przypadkach choroby Recklinghausena, wykonali go M a r e s c h i A u b, a po nich inni; przy zrostowem zaś zapaleniu stawów — L e r i c h e. Jeśli chodzi o uogólnione włókniste zapalenie kości, postępowanie to tem bardziej wydawać się mogło słusznem, iż, jak się okazało, spośród wszystkich sposobów leczenia dotychczas stosowanych, wyłącznie tylko usunięcie jajników (R e c k l i n g h a u s e n), okazujące niewątpliwie pewien wpływ na gruczoły przytarczowe, i naświetlania Roentgenem ciałek przytarczowych (W e i l) wydawały się wpływać pomyślnie na dalszy przebieg choroby. Przy zrostowem zapaleniu stawów wszelkie sposoby leczenia okazały się zupełnie bezskuteczne. Rozgrzeszył też Oppela M o u z o n, mówiąc, że ciężkość schorzenia, jego nieuleczalność i straszne kalectwo, jakie za sobą pociąga, usprawiedliwiają poniekąd śmiałe wysiłki, i że nie należy się zbytnio dziwić, iż leczenie to podjął nie kto inny właśnie, lecz ten chirurg leningradzki, który leczył chorobę Bürgera przez usuwanie nadnercza.

Posiadamy już dziś wszakże niewątpliwe dowody kliniczne, świadczące o skuteczności zabiegu wykonanego na gruczołach przytarczowych. Jak to zwykle bywa w początkowym okresie stosowania każdego niemal nowego sposobu, wyniki otrzymane przez różnych autorów, jeśli chodzi o chorobę Recklinghausena, są częściowo sprzeczne. Przy zrostowem zaś zapaleniu stawów próby te, przeprowadzone dotychczas przez nielicznych wprawdzie chirurgów, wypadły jednak zgodnie: L e r i c h e i J u n g potwierdzili bowiem całkowicie wyniki O p p e l a.

Mimo to przyroda tych chorób kostnych i ich leczenie zapomocą zabiegów wykonywanych na gruczołach przytarczowych wciąż jeszcze wydają się dość fantastyczne. W samej rzeczy trudno uwierzyć, aby tak znaczne zmiany anatomiczne, jakie spotykamy w kościach w chorobie Recklinghausena i w zrostowem zapaleniu stawów, miały powstawać wyłącznie pod wpływem zaburzenia czynności gruczołów przytarczowych. Nawet spostrzegana często w tych przypadkach po zabiegu zmiana poziomu wapnia we krwi, jak i szczęśliwy wpływ usunięcia gruczołu przytarczowego na dalszy przebieg choroby, nie są nas w stanie o tem całkowicie przekonać.

W każdymbądź razie dzięki tym próbom ruszyliśmy z martwego punktu i jesteśmy prawdopodobnie bliżej prawdy, niż byliśmy dotychczas.

O gruczołach przytarczowych, odkrytych w roku 1880 przez S a n d s t r ö m a, a uznanych przez K o h n a, V a s a l l e i G e n e r a l i za anatomicznie i fizjologicznie narządy samoistne, wiedzieliśmy bowiem doniedawna stosunkowo niewiele. Podręczniki mówiły, iż wydzielają one hormon pod względem chemicznym nieznany, działający asymilacyjnie, podobnie do hormonu trzustki, i przeciwdziałający adrenalinie. Twierdzono, iż posiada on znaczenie dla przemiany węglowodanów, gdyż zniszczenie lub usunięcie gruczołów przytarczowych wywołuje cukromocz. Odgrywa on też pewną rolę w przemianie wapniowej ustroju. Że między poziomem wapnia we krwi a czynnością gruczołów przytarczowych istnieć musi ścisły związek — dowodziły tego zarówno doświadczenia na zwierzetach, jak i próby kliniczne, z których wynikało, iż usunięcie tych gruczołów pociągało za sobą obniżenie się poziomu wapnia we krwi, a wstrzyknięcie wyciągu C o l l i p a, względnie przeszczepienie ciałek przytarczowych podnosiło ilość wapnia surowiczego. Najprawdopodobniejszem wydawało się przypuszczenie, że w zmięknieniu kości zachodzi zaburzenie czynności ciałek przytarczowych, które wybitnie wpływają na przemianę mineralną, i których niedomoga zwiększa wydalanie wapnia z ustroju. Niektórzy badacze wyobrażali sobie, że w zmięknieniu kości chodzi o zaburzenie wielogruczołowe, że upośledzenie czynności hormonalnej jajników wstrzymuje czynność ciałek przytarczowych przy pobudzeniu przedniego płatu przysadki mózgowej i tarczycy.

Niedomoga gruczołów przytarczowych przebiega wśród objawów ostrej, nieraz śmiertelnej, lub przewlekłej tężyczki, względnie spazmofilji, którym towarzyszy zmniejszenie się ilości wapnia we krwi i nadmierna pobudliwość mechaniczna i elektryczna nerwów i mięśni. Mechanizm powstawania spostrzeganych objawów nie jest wszakże dotychczas zgodnie tłumaczony. Z przeprowadzonych doświadczeń wnoszono, iż wskutek braku hormonów gruczołów przytarczowych zwiększa się pobudliwość komórek zwojowych przednich rogów rdzenia i że powstałe stąd pobudzenie przenosi się na nerwy obwodowe. Niektórzy przypisują zwiększenie się napięcia mięśni — pobudzeniu móżdżku względnie zwojów podstawowych mózgu. Inni twierdzą, że przy braku hormonów gruczołów przytarczowych czynnik szkodliwy działa wprost na zakończenia nerwów we włóknach mięsnych.

Poza niedomogą jest wszakże do pomyślenia również i nadczynność tych gruczołów. Wiemy o tem, jak wygląda ich doświadczalna nadczynność. Wyciąg z gruczołów przytarczowych, wydobyty przez C o l l i p a, zapobiega śmiertelnej tężyczce i zwięk-

sza małą ilość wapnia we krwi, spowodowaną brakiem przytarczyc. U zdrowych psów wyciąg ten wywołuje nietylko nadmierne gromadzenie się wapnia we krwi, lecz i nadmierne jego wydalanie z moczem. Zwiększa się przytem lepkość krwi, zmniejsza dość znacznie napięcie mięśni zwierzęcia i występuje ich osłabienie, kości ulegają odwapnieniu, a klinicznie obserwowano senność i wymioty. Przeszczepienie gruczołów przytarczowych zwierzeciu zdrowemu pociąga za sobą również odwapnienie kości i wywołuje zaburzenia ich wzrostu. Fakty te pozwalają na wniosek, że i w klinice ludzkiej istnieć może nadczynność gruczołów przytarczowych, przyczem prawdopodobnie towarzyszyć jej winny objawy podobne do tych, jakie wywołuje u psa podawanie przez czas dłuższy wyciągu Collipa.

Tężyczce, wyraźnej niedomodze gruczołów przytarczowych, towarzyszy zmniejszenie się ilości wapnia we krwi. W patologji ludzkiej nie znano dotychczas schorzeń, wywołanych wyłącznie przez nadczynność gruczołów przytarczowych. Nic wszakże dziwnego, że spostrzeganą w niektórych przypadkach nadmierną ilość wapnia we krwi starano się związać z nadczynnością tych gruczołów. Wydaje się to tem bardziej prawdopodobnem, że Collip zarówno w doświadczeniach na zwierzętach, jak i na człowieku wykazał, iż wprowadzanie hormonu gruczołów przytarczowych prowadzi do gromadzenia się nadmiernej ilości wapnia we krwi. Na podstawie badań Collipa, na podstawie przeciwstawienia z tężyczką, można zwiększenie się ilości wapnia we krwi uważać za wyraz nadczynności gruczołów przytarczowych. Sam Oppel jednak, jeśli chodzi o inne schorzenia kostne poza zrostowem zapaleniem stawów, radzi odnosić się do tej sprawy bardzo ostrożnie. Ściśle rzecz biorąc, abyśmy mieli prawo twierdzić, że pewną sprawe chorobową przypisać wyłącznie należy nadczynności gruczołów przytarczowych, trzeba, żeby odpowiadała ona kilku warunkom. W przypadkach tych winniśmy z reguły znajdować przerost gruczołów przytarczowych, a we krwi — nadmiar hormonu względuie zmiany humoralne analogiczne do tych, jakie wywołuje wyciąg Collipa. Objawy te powinny znikać po usunięciu jednego czy dwu gruczołów, a wyciąg Collipa, względnie przeszczepienie gruczolu przytarczowego winny je być w stanie wywołać doświadczalnie w całej rozciągłości, dając ściśle ten sam obraz chorobowy. Żadne jednak ze znanych z patologji schorzeń nie odpowiada zupełnie ściśle wszystkim tym warunkom, cowięcej nawet, nie spotykano objawów ściśle odpowiadających nagromadzeniu się znacznej ilości wapnia we krwi, spostrzeganych w doświadczeniu na zwierzęciu. O nadczynności gruczołów przytarczowych w patologji ludzkiej nie można więc było dotąd nic właściwie pewnego powiedzieć.

Częściowo rozumowaniem, częściowo na podstawie tego, że w czasie sekcji stwierdzano niejednokrotnie przerost względnie gruczolaki gruczołów przytarczowych, którym towarzyszyły przeważnie zmiany kostne (włókniste zapalenie, rozmiękninie kości), przypuszczano, iż stany nadczynności gruczołów przytarczowych istnieją również u człowieka i wywołują pewne schorzenia układu kostnego o nieznanej dotychczas etjologji. Były to wszakże domysły nietylko niedowiedzione, lecz niepodobna było w inny sposób dowieść ich słuszności, jak tylko przy pomocy doświadczeń na człowieku, prób ich leczenia przez usuwanie gruczołów przytarczowych. Odważyć się na nie było zresztą tem łatwiej, iż chodziło o choroby ciężkie i właściwie nieuleczalne. Myśl wypowiedzianą w roku 1915 przez Schlagenhaufera w sprawie choroby Recklinghausena urzeczywistnił w roku 1926 Mandl, a za nim Gold i kilku innych. Inaczej się przedstawiała sprawa zrostowego zapalenia stawów: sama myśl i jej urzeczywistnienie wyszły wyłącznie od Oppela.

Zestawienie szeregu danych klinicznych i doświadczalnych pozwoliło Oppelowi na wniosek, że między wytwarzaniem się kostniny względnie kości, a czynnością gruczołów przytarczowych istnieje jakiś dość ścisły związek. W samej rzeczy w znanych przypadkach wytwarzania się kości w bliźnie pooperacyjnej w częściach miękkich, lub w mięśniach u chorych ze skurczowemi porażeniami kończyn dolnych (Meyer) stwierdzono nadmierną ilość wapnia we krwi. Z drugiej strony doświadczenia z wyciągiem gruczołów przytarczowych pozwoliły Hueperowi na wniosek, że sprzyja on odkładaniu się wapnia w tkankach, tworzeniu się niejako przerzutów wapniowych. Gusarow, badając zawartość wapnia we krwi przy złamaniach kości wywołanych doświadczalnie, stwierdził, że ilość wapnia we krwi zwiększa się z chwilą, gdy zaczyna on odkładać się w kostninie. Obok tego zaś w tężyczce i spazmofilji, przy których ilość wapnia we krwi jest zwykle zmniejszoną, widywano wielokrotnie bardzo słabe wytwarzanie się kostniny złamanej kości i kostnina ta przez długi czas pozostawała miękką. Wystarczało wszakże u tych chorych podnieść poziom wapnia we krwi przez wykonanie niewielkiego zabiegu, polegającego na wprowadzeniu choremu pod skórę kawałka jałowej (wygotowanej) kości obcej (Oppel), aby pobudzić kostninę do przepojenia się solami wapniowemi. Tak powstała teorja Oppela o nadczynności gruczołów przytarczowych jako przyczynie odkładania się wapnia i tworzenia się tkanki kostnej w ustroju. Oppel wyciąga i dalsze jeszcze wnioski, że u chorych z ustrojową nadczynnością gruczołów przytarczowych i wywołanem przez nią nagromadzeniem się nadmiernej ilości wapnia we krwi, istnieje skłonność do odkładania się wapnia i nowotworzenia się kości w miejscu urazu czy zapalenia.

Jak wiadomo, przy tężyczce spotykamy: obniżenie się poziomu wapnia we krwi, zwiększoną pobudliwość mechaniczną i elektryczną nerwów i mięśni, prowadzącą do drgawek tężcowych, przesunięcie stężenia jonów wodorowych krwi w kierunku zasadowym i pobudliwość psychiczną chorych. Przy zrostowem zapaleniu stawów stwierdził Oppel: nagromadzenie się nadmiernej ilości wapnia i organicznego fosforu we krwi, zmniejszenie się pobudliwości mechanicznej i elektrycznej mięśni, pewne ich odrętwienie i jakiś szczególny spokój psychiczny chorych, a więc cechy wprost przeciwne do spotykanych przy tężyczce. Tylko przesunięcie jonów wodorowych krwi w kierunku zasadowym stanowi jedyną wspólną cechę obydwu tych schorzeń. Nie stwierdzono też przy zrostowem zapaleniu stawów nadmiernego wydalania się wapnia z moczem, spotykanego przy chorobie Recklinghausena. Zrostowe zapalenie stawów cechuje się więc zatrzymaniem wapnia w ustroju i zatrzymanie to stawia Oppel w ścisłym związku z nadczynnością gruczołów przytarczowych.

Zdaniem Oppela, zapalenie wielostawowe, rozpoczynające się ostro czy przewlekle, a występujące u ludzi z ustrojową nadczynnością gruczołów przytarczowych, a więc przy nagromadzeniu się nadmiernej ilości wapnia we krwi, przyjmuje postać zrostowego zapalenia stawów wskutek odkładania się w miejscu toczącej się sprawy zapalnej nadmiernej ilości wapnia. Zarówno choroba Bechterewa, jak i Strümpell-Marie mają być tylko dwoma następującemi po sobie okresami tej samej choroby, która prócz kręgów objąć może również barki, biodra i inne stawy kończyn. Powstanie schorzenia ma być ściśle związane z nadczynnością gruczołów przytarczowych, wywołaną prawdopodobnie przez jedną z chorób zakaźnych, uprzednio przebytych przez chorego. Domysł ten musiał pociągnąć za sobą myśl, iż jednostronne usunięcie gruczołów przytarczowych, prowadząc do obniżenia się ilości wapnia we krwi, winno okazać korzystny wpływ na sprawę toczącą się w stawach, zapobiec dalszemu jej postępowaniu i wpłynąć na odrętwiałe mięśnie. Usunięcie jednego czy dwu gruczołów przytarczowych, wykonane w okresie sztywności początkowej, miało na celu zapobiec całkowitemu zesztywnieniu stawów. Już pierwsze próby kliniczne zdawały się całkowicie potwierdzać słuszność tych wniosków, otrzymane bowiem wyniki lecznicze były dość zachęcające. Opierając się na istnieniu nieznacznie przeważnie wzmożonej ilości wapnia we krwi w większości przypadków zrostowego zapalenia stawów, wykonał Oppel i jego współpracownicy dość znaczną ilość zabiegów na gruczołach przytarczowych. Pierwsze zestawienie otrzymanych wyników, ogłoszone przez Ssamarina, obejmuje 55 przypadków, a w pracy następnej mówi Oppel już o 70. Ze względu na trudności techniczne związane z zabiegiem, w niektórych przypadkach, jak się okazało, nie usunięto wcale gruczołu przytarczowego, w większości przypadków usunięto jeden tylko gruczoł, w wyjątkowych zaś — dwa. Ten przypadkowy zbieg okoliczności stał się powodem licznych zarzutów wysuwanych przeciw wnioskom i hipotezom Oppela. Mojem wszakże zdaniem właśnie dzięki niemu doświadczenia przeprowadzone w klinice ludzkiej okazały się bardziej wielostronnemi i zajmującemi, niż zamierzano i pozwalają na pewne dalsze wnioski, niż je wyciągnęli Oppel i jego przeciwnicy.

Krew na zawartość wapnia badano przed i po zabiegu w 31 przypadkach, przyczem okazało się, że w 28 ilość wapnia po zabiegu znacznie się zmniejszyła, a tylko w 3 nie uległa zmianie, mimo iż w dwu spośród tych przypadków, jak wykazało badanie histologiczne, niewątpliwie został usunięty gruczoł przytarczowy. Spadek poziomu wapnia we krwi uzyskano również w tych przypadkach, w których, jak się okazało, usunięta tkanka nie zawierała gruczołu przytarczowego. Po operacji rzeczywiście widywano więc obniżenie się ilości wapnia we krwi. O ile przed zabiegiem była ona wzmożoną, wahając się przeważnie między 11 a 13 mg%, to po usunięciu gruczołu przytarczowego opadała ona zwykle do normy (do 9—10 mg%), przyczem zwiększało się równocześnie wydalanie wapnia z moczem.

Uzyskane wyniki bezpośrednie były wprost niezwykłe. U wszystkich chorych stwierdzono poprawę subjektywną i objektywną — ustąpienie bólów i powrót do normy niemal, względnie znaczną poprawę ruchów w stawach, w których nie nastąpił je-

szcze zrost kostny. Okazało się, że zabieg nie jest naturalnie w stanie usunąć istniejącego już całkowitego zesztywnienia kręgosłupa i stawów kończyn, wywołanego przez zrost kostny powierzchni stawowych, w okresach wszakże niezbyt daleko posuniętych ograniczenie ruchów w stawach znacznej ulega poprawie, ustępują przykurczenia mięśniowe, i dzieje się to w niezwykle krótkim czasie, bo już w końcu pierwszej lub w ciągu drugiej doby. Poprawa ta w niektórych przypadkach bywa tylko przejściową i krótkotrwałą, w większości wszakże przypadków utrzymywała się przez czas dłuższy. Świadczą o tem cyfry Ssamarina, który podaje również wyniki odległe, uzyskane w 7 do 21 miesięcy po zabiegu u 30 operowanych chorych. U 16 chorych po tym czasie utrzymywała się bowiem znaczna poprawa. Stan 6 chorych nie uległ żadnej zmianie pod wpływem wykonanego zabiegu operacyjnego, a u 7 stwierdzono pogorszenie, względnie nawrót dolegliwości i dalsze postępowanie sprawy po krótkotrwałej tylko poprawie, wreszcie jeden chory zmarł w rok po zabiegu. W żadnym spośród 70 operowanych przypadków nie stwierdzono obecności guza względnie znaczniejszego przerostu gruczołów przytarczowych. Badanie histologiczne usuniętych gruczołów wykazało jedynie dość znaczną ilość komórek pośrednich między zwykle spotykanemi komórkami jasnemi i ciemnemi, co również zdaniem Ssamarina i Bergstranda ma potwierdzać istnienie ich nadczynności, podejrzewanej przez Oppela. W żadnym wreszcie z operowanych przypadków nie wystąpiła tężyczka pooperacyjna.

Hipoteza Oppela znalazła wielu przeciwników. W pierwszym rzędzie zwrócili się przeciw niej ci, którzy doszukiwali się nadczynności gruczołów przytarczowych w innych sprawach chorobowych. Gold przeczy stanowczo, aby badanie przemiany wapniowej i fosforu przy zrostowem zapaleniu stawów miało świadczyć o istniejącej w tych przypadkach nadczynności gruczołów przytarczowych, i skłonny jest je raczej przypisać zaburzeniom wegetacyjnego układu nerwowego. Odrzuca on też usuwanie gruczołów przytarczowych w przypadkach zrostowego zapalenia stawów, przeciwstawiając im włókniste zapalenie kości, w którem zabieg ten uważa za celowy. Mandl mówi o uogólnionem włóknistem zapaleniu kości, a Gold również i o zmięknieniu kości, jako o następstwie nadczynności gruczołów przytarczowych, a więc z ich nadczynnością wiążą obydwaj autorzy li tylko proces wchłaniania się kości, pociągający za sobą jej rozrzedzenie.

W samej rzeczy, w niektórych przypadkach choroby Recklinghausena obraz kliniczny dość wielkie wydaje się wykazywać podobieństwo do nadczynności gruczołów przytarczowych, wywołanej doświadczalnie zapomocą wyciągu Collipa. Występuje bowiem silne ogólne odwapnienie kości, powstają w nich torbiele, niekiedy zwiększa się zarówno ilość wapnia we krwi, jak i ilość wydalanego wapnia z moczem. Obserwowano niejednokrotnie w tych przypadkach przerost jednego, znacznie rzadziej kilku gruczołów przytarczowych, względnie obecność gruczolaka (Hoffheinz, Maresch, Pencke, de Barriere, Castro-Feire i in.), a usunięcie go pociągało za sobą opadnięcie ilości wapnia we krwi i zmniejszenie się wydalania wapnia z moczem, obok tego zaś — zatrzymanie się względnie nawet cofanie się sprawy chorobowej. Wszystkie te fakty zdawały się upoważniać do przyjęcia, że chodzi tu o nadczynność gruczołów przytarczowych względnie związane z nią pewne zaburzenia ich czynności.

Przedewszystkiem nie rozstrzygnięto jednak dotychczas, czy przerost gruczołów przytarczowych jest sprawą pierwotną, czy wtórną, czy jest on przyczyną choroby, czy też jej skutkiem, czy powiększenie się rozmiarów tych gruczołów i ich nadczynność nie jest tylko wyrównawczym odczynem obronnym, mającym na celu zapobiec deficytowi wapnia i sprzyjać zatrzymaniu go w ustroju, a występującym wobec toczącego się w kości procesu, powodującego silne jej odwapnienie, jak to twierdzi Erdheim. Wydawałyby się świadczyć o tem doświadczenia na szczurach rachitycznych Erdheima, jak również doświadczenia Dietricha z przetokami żółciowemi u psów, które wykazały, że przy utratach dużych ilości wapnia powiększają się gruczoły przytarczowe. Erdheim wykazał również obecność przerostu gruczołów przytarczowych przy zmięknieniu kości, o którem Recklinghausen dawno już twierdził, że na jego tle powstaje włókniste zapalenie kości, a które wielu autorów uważa za przykład niedomogi gruczołów przytarczowych.

Oppel przeczy stanowczo przypuszczeniu Golda o patogenezie zmięknienia kości, i mówi, iż nikt nie odważyłby się przy tej chorobie polecać wycinania jednego choćby gruczołu przytarczowego. Zresztą znane są fakty z patologji doświadczalnej i klinicznej, z których wnioskowaćby można raczej o pewnej analogji wprost przeciwnej — o istnieniu związku między rozmięknieniem kości a tężyczką. Obydwu procesom towarzyszy znaczna demineralizacja ustroju. Bauer i inni autorzy przy rozmięknieniu kości równocześnie spotykali tężyczkę. Perelmann twierdzi, że tężyczkę u samców powstrzymać można przez kastrację, a Felling dawno już polecał tego rodzaju leczenie rozmięknienia kości u kobiet i wielu autorów uzyskało w ten sposób wyleczenie szereg lat się utrzymujące. Obydwa więc schorzenia wydają się posiadać szereg cech wspólnych.

Jako najważniejszy dowód kliniczny, odpierający stawiane mu zarzuty, wysuwa Oppel wreszcie znane z piśmiennictwa kilka przypadków tężyczki pooperacyjnej po usunięciu gruczołu przytarczowego w przypadkach włóknistego zapalenia kości, która wystąpiła mimo nadmiernej ilości wapnia we krwi, podczas gdy on, na 70 zabiegów wykonanych przy zrostowem zapaleniu stawów, ani razu nie obserwował tężyczki. Na tej podstawie uważa zrostowe zapalenie stawów za bardziej od tężyczki „odległe“, niż włókniste zapalenie kości.

Nadmierną ilość wapnia we krwi spotykano wszakże w przypadkach zrostowego zapalenia stawów znacznie rzadziej, niż to możnaby wnioskować na podstawie doniesień Oppela. W samej rzeczy — kwestjonował ją już Gold, a Leriche spośród 13 badanych przypadków w 3 tylko stwierdził nadmierne nagromadzenie się wapnia surowiczego. Również Weil w ciężkich klinicznie przypadkach stwierdzał prawidłowe wartości wapnia.

Zwiększenie się ilości wapnia surowiczego nie jest też bynajmniej objawem patognomonicznym dla zrostowego zapalenia stawów. Poza przypadkami uogólnionego włóknistego zapalenia kości i zmiękunienia kości, Barrenscheen i Gold spotykali je w wielu schorzeniach, również w przypadkach przerzutów do kości nowotworów złośliwych, i twierdzą, że poziom wapnia we krwi podnosi się zwykle, gdy toczy się w kości jakakolwiek sprawa wchłaniania. Oppel wątpił w słuszność tych wniosków z tego powodu, że ilość przeprowadzonych badań była stosunkowo nieznaczna, dlatego też wyniki mogły być tylko przypadkowe. Dla wyjaśnienia sprawy współpracownicy Oppela oznaczyli ilość wapnia we krwi u znacznej ilości, bo około 200 chorych, przyczem wykazali, że spośród wszystkich różnorodnych schorzeń, zrostowe zapalenie stawów pierwsze zajmuje miejsce pod względem wysokości poziomu wapnia we krwi. Na drugiem miejscu umieszczono zgorzel samoistną kończyn, której powstawanie Oppel przypisuje nadczynności nadnerczy i gruczołów przytarczowych. Jeśli chodzi o przerzuty do kości nowotworów złośliwych, to Fedorow tylko w połowie badanych przypadków mógł wykazać wzmożoną ilość wapnia we krwi. W pozostałych różnorodnych schorzeniach uzyskano wartości prawidłowe, względnie zbliżone do prawidłowych.

Jedna z przyczyn wynikłych nieporozumień mógł być i sam sposób oznaczania wapnia we krwi. Każdy z autorów oznaczał wapń zapomocą innej metody, a każda z metod inne daje wartości tak, że niepodobna porównywać ze sobą cyfr przytaczanych. Poziom wapnia we krwi niewątpliwie normalnie jest stały i prawie się nie zmienia w ciągu życia; powiększa się on wszakże w szeregu różnorodnych spraw chorobowych, niemających ze sobą nic wspólnego, i niepodobna przeto przypuścić, aby we wszystkich tych schorzeniach istniała nadczynność gruczołów przytarczowych, a w takim razie i nadmierna ilość wapnia we krwi nie zawsze musiałaby świadczyć o istnieniu tej nadczynności.

Ostatnio Oppel stara się pogodzić wynikłe sprzeczności, wysuwając nową hipotezę pośrednią, że gromadzenie się nadmiernej ilości wapnia we krwi może powstawać zarówno przy odkładaniu się soli wapniowych w tkankach (zrostowe zapalenie stawów), jak i przy sprawach przebiegających z wchłanianiem się wapnia z tkanek, głównie z kości (włókniste uogólnione zapalenie kości, zmięknienie kości). Doszukuje się przytem pewnych cech wspólnych między obydwu kategorjami tak różnych schorzeń. Przy zrostowem zapaleniu stawów międzykręgowych typu Bechterewa czy Strümpell-Marie, jak i stawów kończyn, obok zrostu kostnego powierzchni stawowych, stwierdzono odwapnienie, rozrzedzoną porowatą budowę trzonów kręgów, nasad, jak i trzonów kości, niekiedy tak znaczną, iż można je nawet krajać nożem. Przeprowadzone zaś przez Oppela chemiczne badania kości przy zrostowem zapaleniu stawów wykazały znaczne zmniejszenie się ilości soli wapniowych. Dla wytłumaczenia niezrozumiałych faktów: dlaczego przy włóknistem zapaleniu kości wydalane zostają wielkie ilości wapnia z moczem, przy zrostowem zaś zapaleniu stawów wapń odkłada się w ustroju w miejscach toczącego się procesu zapalnego i dlaczego w obydwu schorzeniach oddziaływanie krwi zasadniczo różnej ulega zmianie, wysunął Oppel jeszcze jedną hipotezę, w którą zresztą niebardzo sam wierzy, skoro mówi, że może ona okazać się słuszną lub niesłuszną. Nadczynność gruczołów przytarczowych, przebiegająca z przesunięciem stężenia jonów wodorowych

ku stronie kwaśnej, miałaby prowadzić do rozrzedzenia kości i utraty przez ustrój wapnia. Natomiast ich nadczynność przebiegająca ze zwiększeniem się zasadowości krwi, miałaby pociągać za sobą zużytkowanie uruchomionego przez ustrój wapnia i prowadzić do powstawania złogów wapniowych, a nawet nowotworzenia się kości. Nie wyjaśnia wszakże O p p e l, co miałoby być powodem powstawania tak odmiennego oddziaływania krwi w obydwu kategorjach przypadków. Przyznaje on, iż niepodobna jeszcze przy obecnym stanie wiedzy jasno zrozumieć znaczenia wszystkich znanych faktów, dotyczących ogólnej przemiany wapnia w ustroju; kwestja bowiem wapnia i wpływu hormonu gruczołów przytarczowych na jego rozlokowanie w ustroju nie układa się z pewnością w ramach zwykłego wprowadzania i wydalania wapnia.

Przeciw wynikom leczniczym uzyskanym przez O p p e l a różne wysuwano zarzuty. M o u z o n twierdzi, że wynik uzyskany w każdej z poszczególnych obserwacyj mniej wydaje się pomyślnym, niż zestawienie wszystkich uzyskanych wyników, i że nie można oprzeć się wrażeniu, iż statystyka ta obejmuje wyjątkowo szczęśliwą serję przypadków.

Zdaniem L e r i c h e'a cyfry podane przez S s a m a r i n a w kwestjach tak świeżych i trudnych nie posiadają większego znaczenia, statystyki nie odgrywają większej roli, uwzględniając bowiem zawiłość problematu każde obliczenie może być źle zrozumiane. Wyniki uzyskane przez O p p e l a zachęciły wszakże L e r i c h e'a do podjęcia prób leczenia zrostowego zapalenia stawów zapomocą zabiegów wykonywanych na gruczołach przytarczowych. Oznaczając w każdym z tych przypadków ilość wapnia we krwi, przekonał się jednak wkrótce, że rzadko tylko bywa ona wzmożoną. Z faktu tego nie wyciąga wszakże wniosku, że przy zrostowem zapaleniu stawów wyjątkowo tylko stwierdzamy nagromadzenie się nadmiernej ilości wapnia we krwi, lecz, że być może, ta nadmierna ilość jest niestała i występować może tylko okresowo w czasie zaostrzenia się sprawy. Fakt ten w każdym razie świadczy o tem, że trudno narazie ustalić wskazania do leczenia operacyjnego zrostowego zapalenia stawów.

W pierwszym operowanym przez L e r i c h e'a przypadku proces zesztywniający toczył się w kręgosłupie u 40-letniego chorego od 12 lat, w dużych zaś stawach kończyn od lat dwu i doprowadził do całkowitego ich zesztywnienia. Roentgen wykazał rozrzedzenie budowy trzonów kości i jej nowotworzenie się w obrębie stawów międzykręgowych i w stawach kończyn. Ilość wapnia we krwi była dość znacznie wzmożoną. Chory bardzo cierpiał spowodu bólów i od 4 miesięcy nie mógł wykonać żadnego ruchu. Już w dniu usunięcia dolnego gruczołu przytarczowego odczuł chory pewną ulgę, a w dniu następnym nie miał już żadnych bólów, ustąpił obrzęk okolicy stawów, mógł wykonywać wszelkie ruchy, nawet siadać i wstawać i twierdził, że cud się zdarzył. Ilość wapnia we krwi opadła poniżej normy już w drugim dniu po zabiegu. Po 4 tygodniach chory, jakby odrodzony opuścił szpital. Niedługo wszakże cieszył się poprawą. Już po 6 tygodniach powróciły bóle i stopniowo się nasilały. Ilość wapnia we krwi osiągnęła wartości normalne; sztywność zjawiła się na nowo. Bóle stawały się tak silne, iż należało uciec się do morfiny, a ku wielkiemu zdziwieniu obserwatorów, łagodziły je również na przeciąg kilku godzin domięśniowe wstrzykiwania wyciągów z gruczołów przytarczowych.

Skuteczność zabiegów na gruczołach przytarczowych potwierdził również L e r i c h e w drugim przypadku. Chodziło o chorego ze zrostowem zapaleniem stawów i kręgosłupa typu B e c h t e r e w a i ze wzmożoną zawartością wapnia we krwi. Usunięto tkankę przypominającą swym wyglądem gruczoł przytarczowy, która się nim wszakże nie okazała, i przecięto równocześnie między dwiema podwiązkami dolną tętnicę tarczową. Otrzymany wynik po tym zabiegu był również niezwykły. W tym samym dniu powróciły ruchy w tych wszystkich stawach, w których nie wytworzył się jeszcze zrost kostny, a poziom wapnia we krwi znacznie się obniżył; bóle ustąpiły całkowicie nazajutrz, zaś chory, pozostający od dłuższego czasu w łóżku — zaczął wstawać. Chory pozostawał w obserwacji przez 4 miesiące i przez cały ten czas utrzymywała się ta wybitna poprawa.

L e r i c h e utrzymuje, że sprawa leczenia zrostowego zapalenia stawów znajduje się w dobie obecnej w okresie próby, wobec czego przedewszystkiem i niemal wyłącznie winny być uwzględniane tylko fakty dodatnie. Fakty te zaś świadczą o natychmiastowem niemal przeistoczeniu się chorych po zabiegu i obniżeniu się poziomu wapnia we krwi. Ze względu zaś na tego rodzaju wpływ zabiegu wyciąga aż tak daleko idący wniosek, iż winien on być wykonany jaknajwcześniej — w okresie początkowym, a nie końcowym okresie choroby. Tego rodzaju postępowanie sprzecznem być może z naszym sposobem myślenia, nie odpowiada bowiem zasadom medycyny. Niepodobna wszakże czekać założywszy ręce, gdy możemy przynieść pewną ulgę choremu, któremu grozi ciężkie, nieuleczalne kalectwo. Wynik uzyskany w I. przypadku nie był trwałym, czemu się zresztą L e r i c h e nie dziwi ze względu na długotrwałość sprawy chorobowej. Nie umie też sam sobie odpowiedzieć na nasuwające się pytanie, czy wykonał ściśle to, co należało uczynić. Usunął w tym przypadku jeden gruczoł przytarczowy; może za mało, względnie przeciwnie — za dużo?

L e r i c h e wnioskuje na podstawie własnych spostrzeżeń, że prawdopodobnie uzyskanoby całkowite wyleczenie, gdyby operowano te przypadki wcześniej, przed wystąpieniem całkowitego zesztywnienia stawów. Ze względu zaś na to, że sprawa chorobowa postępuje szybko i w ciągu kilku miesięcy przyjść może do całkowitych zesztywnień, zabieg na gruczołach przytarczowych zaliczyćby należało do kategorji operacyj niemal nagłych. Operowanie w okresach wczesnych nie kryje w sobie żadnych niebezpieczeństw. Nie może tu być bowiem mowy o błędach rozpoznawczych, ponieważ obraz chorobowy jest nam dobrze znany i przebieg kliniczny jest dość charakterystyczny. Chodziłoby tylko o rozpoznanie etjologji cierpienia, rozstrzyga zaś o niej oznaczenie ilości wapnia we krwi. Ze względu na to, że ani przy rzeżączce, ani gruźlicy, ani też przy przewlekłym gośćcu stawowym nie stwierdzamy nagromadzenia się nadmiernej ilości wapnia we krwi, już samo badanie krwi pozwolić może na wniosek o pochodzeniu przytarczowem cierpienia.

Jak się wszakże okazało, niewielki ten i zdawałoby się prosty zabieg połączony jest niekiedy ze znacznemi trudnościami technicznemi. Wpływa na to szereg czynników, a w pierwszym rzędzie już same warunki anatomiczne. Wiadomo, że człowiek posiada najczęściej 4 gruczoły przytarczowe. Cyfra ta nie jest jednak bynajmniej stałą. V a l k a n a y stwierdził istnienie wszystkich 4 gruczołów tylko w 70% badanych zwłok; w 24% przypadków znalazł 3 gruczoły, w 5% — dwa, w 1% zaś zaledwie jeden gruczoł przytarczowy. Dalej gruczoły te są niekiedy bardzo małe, zanikłe, nie zawsze też łatwo jest je odnaleźć i odróżnić od zwłókniałego oddzielonego zrazika tarczycy lub tłuszczu, i wielokrotnie dopiero badanie histologiczne pozwala na właściwe rozpoznanie. Pomijając już wreszcie przypadki, w których znajdowano jedno z ciałek przytarczowych wewnątrz gruczołu tarczowego, również ułożenie gruczołów przytarczowych, zwłaszcza dolnych, nie jest zbyt stałem. Spotykano je przeważnie poniżej dolnego bieguna tarczycy, niekiedy na tylnej jej powierzchni lub ponad jej więziną, względnie w bezpośredniem sąsiedztwie dolnych żył tarczycy tuż obok tchawicy, sporadycznie na jej przedniej powierzchni, względnie nawet w miąższu grasicy, bądź otaczającej ją wiotkiej tkance łącznej i tłuszczowej. Jeszcze bardziej zmiennem bywa ich ułożenie przy wolu; przeważnie są one dość znacznie przesunięte ku zewnątrz, choć mogą znajdować się również w zwykłem miejscu, na tylnej, bocznej, lub nawet przedniej powierzchni wola, niekiedy spotykano je nawet wewnątrz klatki piersiowej.

Dawno już też zwrócono uwagę na trudności odszukania i utożsamiania gruczołów przytarczowych w doświadczeniach na zwierzętach. R o g e r s i F e r g u s s o n spośród 253 preparatów pochodzących od psów i koni, tylko w 91 stwierdzili, że usunięta tkanka okazała się rzeczywiście gruczołem przytarczowym. M a c C o l l u m na 64 zabiegów wykonanych na zwierzętach — usunął je tylko w 20 przypadkach. Również w klinice ludzkiej O p p e l i L e r i c h e w kilku przypadkach nie byli w stanie usunąć gruczołów przytarczowych, jak to zamierzali, mimo że odsłaniano całą tarczycę i poszukiwano niekiedy wszystkich 4 gruczołów. Zestawiając ten fakt ze znanemi z piśmiennictwa przypadkami tężyczki po operacji wola wnioskowaćby można, że przypadkowo łatwiej jest bodaj usunąć gruczoły przytarczowe, niż rozmyślnie.

Wobec tego, że wyłuszczenie ciałka przytarczowego jest często iluzorycznem, O p p e l, pragnąc mieć pewność, że rzeczywiście usunął obydwa gruczoły po jednej stronie, wycinał doszczętnie cały płat tarczycy wraz z obejmującą go torebką. Ale nawet tego rodzaju postępowanie nie zawsze pozwalało na osiągnięcie zamierzonego celu. Badanie histologiczne, przeprowadzone przez S s a m a r i n a w 31 przypadkach operowanych — 10 razy dało wynik całkowicie ujemny, 19 razy stwierdził on obok usuniętego płata tarczycy obecność jednego tylko gruczołu, i tylko w 2 przypadkach — dwu ciałek przytarczowych.

L e r i c h e po kilku nieudałych próbach usunięcia gruczołu przytarczowego w inny sposób postanowił ominąć nasuwające się trudności techniczne. Obok wycinania tkanki, która przypominała swym wyglądem gruczoł przytarczowy, przeciął w drugim swym przypadku między dwiema podwiązkami obwodowy odcinek dolnej tętnicy tarczowatej, aby wywołać przynajmniej niedokrwienie gruczołu w razie, gdyby usunięta tkanka nie posiadała budowy ciałka przytarczowego. Wobec tego, że gruczoły przytarczowe mają posiadać tętnice końcowe (tętniczki przytarczowe odchodzą od dolnej tętnicy tarczowatej, przedstawiają typ tętnic końco-

wych, nie łączą się bowiem z innemi gałązkami tętnic tarczycy ani przełyku) — przecięcie dolnej tętnicy tarczowatej w miejscu odejścia tętnicy przytarczowej, a więc tuż przy samej tarczycy, odcina dopływ krwi do obydwu gruczołów znajdujących się po tej stronie, wskutek czego zmniejszyć się winno ich wydalanie wewnętrzne.

Skuteczność tego zabiegu sam Leriche miał sposobność w jednym przypadku potwierdzić: otrzymany wynik leczniczy ściśle odpowiadał wynikom spotykanym po usunięciu gruczołu przytarczowego, a ilość wapnia we krwi znacznie się zmniejszyła. Wobec tego poleca Leriche przecinanie dolnej tętnicy tarczowatej w każdym przypadku dla zabezpieczenia się przed bezskutecznością zabiegu, jeśliby usunięta tkanka nie okazała się gruczołem przytarczowym. Twierdzi on dalej, że jeśli skuteczność podobnego postępowania zostanie przez innych potwierdzoną, dalsze poszukiwania i usuwanie gruczołów przytarczowych okazałyby się zbędne, gdyż samo przecięcie tętnicy tarczowatej dolnej pozwoliłoby na uzyskanie dobrego wyniku leczniczego.

Dok. nast.

Dr. Antoni HUBERT. Rzeszów.

Leczenie wysięków opłucnowych.

Pomimo wielu prac, zajmujących się rozpoznaniem etjologicznem i leczeniem wysięków opłucnowych, zdecydowałem się zebrać dane z piśmiennictwa naszego i obcego i dołączyć swoje obserwacje do tego zagadnienia.

Jeżeli przyjrzymy się budowie histologiczno-anatomicznej opłucnej, to opłucna trzewna i ścienna tworzą dwie blaszki, połyskujące w formie siatki, w której oczkach tkwią nabłonki płaskie, połączone ze sobą zapomocą *stomata*. Co do roli tych ostatnich, to jeszcze jest kwestja sporna. Natomiast naczynia chłonne, oplatające naczynia krwionośne, znajdują się pod nabłonkiem i tworzą drugą sieć, w której tkwią gruczoliki.

Drogi chłonne komunikują z jednej strony z gruczołami limfatycznemi międzypłatowemi (Franke) płuc, z drugiej zaś z gruczołami we wnęce się znajdującemi oraz z gruczołami około-oskrzelowemi.

Naczynia chłonne zbiegają się po stronie prawej jako *truncus broncho-mediastinalis* przez *ductus lymphaticus* do żyły głównej.

Po stronie lewej wpadają bezpośrednio do *ductus thoracicus*. Również istnieje komunikacja pomiędzy drogami chłonnemi migdałków a opłucną, jakoteż drogami chłonnemi przepony i prawej strony jamy brzusznej, a opłucną prawą.

Widzimy przeto, że opłucna narażona jest na wiele szkodliwości w postaci zakażeń tak z jamy ustnej, dróg oddechowych, jak i z przewodu pokarmowego, a zwłaszcza wyrostka robaczkowego.

Oczywiście, że i naczynia krwionośne, zaopatrujące blaszki opłucnowe a to: tętnice sutkowe, oskrzelowe i międzyżebrowe odgrywają wielką rolę w oporności i schorzeniu opłucnej.

Uczeni przeto przyjmują duży procent schorzenia opłucnej o podkładzie etjologicznym gruźliczym i tak: Landouzy, Bruns-Ewig, Haüteman przyjmują, że około 75—90% wysięków opłucnych należy zaliczyć do etjologji gruźliczej. Buc zdołał przez doświadczenia na zwierzętach stwierdzić etjologję gruźliczą w 65—85% przypadkach. Peterson wykazał, że surowiczo-włóknikowe zapalenie opłucnej jest wyrazem przewrażliwości uczuleniowej, czyli alergji ustroju, spowodowanej uczuleniem, powstałem wskutek pierwotnego zakażenia gruźlicą.

W roku 1932 opisałem leczenie *Empyema pleurae tbc* zapomocą mieszanki jodoformowej, opierając się tylko na swem własnem doświadczeniu, nabytem z obserwacji. Stosowałem także powyższy zabieg i w innych sprawach zapalnych, a zwłaszcza wysiękowych opłucnej z dobrym wynikiem, toteż uważam za stosowne rozszerzyć zakres powyższego zabiegu.

Jeżeli jednak sięgniemy do piśmiennictwa, to zwłaszcza w obecnym czasie sprawa leczenia opłucnej bardzo dużym uległa postępom.

Bürger np. podaje metodę wstrzykiwań wśródżylnych hipertonicznego rozczynu soli bromowych 10% 10 cm^3. do którego to sposobu doszedł samodzielnie Meller, przyznaje on jednak, że gdy po paru injekcjach płyn nie ustępuje całkowicie, należy tej metody zaniechać. Meller leczył zapalenie opłucnej wstrzykiwaniami 15% rozczynu NaBr i tem wstrzymywał powiększanie się wysięków w stadjum narastania tegoż. Jako granicę ilości zastrzyków podawał 4—5, poczem, jak wspomniałem, przerywał wstrzykiwanie soli bromowych.

Inną metodę wypuszczania płynu i działania rozmaitemi związkami chemicznemi podaje w swej pracy Paszkiewicz, a mianowicie w przypadkach stwierdzenia w płynie wysiękowym gronkowca białego lub pałeczki grypowej (Pfeiffer) wystarczy samo wypuszczanie codzienne płynu, co sprowadza usuwanie nadmiernego zakwaszania wysięku przez usuwanie rozpadłych ciałek białych. W przypadkach zakażenia pneumokokowego zaleca Paszkiewicz codzienne przepłókiwanie przez 4—5 dni rozczynem fizjologicznym soli kuchennej, a gdy nie da się stwierdzić w preparacie drobnowidowym z wysięku aglutynacji ani fagocytozy zarazków, zaczyna po każdem przepłókaniu wstrzykiwać optochinę 5% w ilości 1 cm^3 na kg wagi dziecka, aż do wyjałowienia wysięku. W ropniakach zaś wywołanych paciorkowcem hemolitycznym i gronkowcem złocistym, stosuje przepłókiwania 2‰ *(pro mille) rivanolu*. Ten sam preparat stosuje przy zakażeniu mięszanem.

Oczywiście, że zabiegi te i metody wymagają bardzo żmudnej pracy, tak co do badań pomocniczych, jak też i cierpliwości małych pacjentów, zgody i cierpliwości otoczenia i z tych względów nadają się tylko do traktowania chorego w zakładzie.

W r. 1917 opisał Chrostowski wyleczenie ropniaka opłucnej po zapaleniu płuc ogniskowem przez dwukrotne wstrzyknięcie mieszanki jodoformowej do jamy opłucnowej, po aspiracji ropy. Po drugiej injekcji chora została wyleczona.

Autorzy niemieccy, opierając się na pracy Cohna, a to Kirschenblatt i Nassarjan podają 30 przypadków leczenia wysięków opłucnych, na rozmaitem tle powstałych, nie wyłączając wysięku na tle nowotworowem. Zestawienie wyników podali w formie tabeli, z której wynika, że rozpoczynając leczenie w 10—120 dniu choroby, uzyskiwał spadek gorączki w 2—15 dniu, licząc od czasu pierwszej injekcji. W tem tylko przypadek na tle nowotworowem był co do wyniku ujemny. Wszystkie inne zostały po dwóch injekcjach wyleczone. Wstrzykiwał zaś zawiesinę jodoformową w glicerynie, oliwie lub w eterze jeden raz lub dwukrotnie po 2 cm^3.

Mając tak zachęcające wyniki K. i N., potwierdzając badania Cohna, przychodzą do następujących wniosków: 1) Ze wszystkich dotychczasowych metod leczenia zap. wysiękowego opłucnej jest podana metoda najlepszą i szybko prowadzącą do celu. 2) Prawie we wszystkich przypadkach, a zwłaszcza w przypadkach wysięków gruźliczych, po wstrzyknięciu mieszanki jodoformowej, występuje wysoka reakcja gorączkowa, która trwa 2—4 dni, nastepnie szybko spada, poczem następuje przyśpieszenie resorbcji wysięku. 3) W żadnym przypadku nie wytworzył się ropny wysięk po surowiczym, lecz przeciwnie, wysięk ropiasty szybko wyjaśnił się i zamienił na czysto surowiczy. 4) Nadaje się ta metoda specjalnie przy leczeniu wysięków u dzieci do 1 roku, przeważnie ropnych. Nawet wtedy, gdy się okaże, że trzeba zakwalifikować przypadek do resekcji żebra, to czas wyczekania na zgrubienie i wzmocnienie śródpiersia nadaje się najzupełniej do leczenia mieszanką jodoformową. 5) Częstokroć leczenie to chroni pacjenta przy ropnych wysiękach od resekcji żebra i niepotrzebnego przedłużenia choroby. 6) Przypadki późne zapalenia opłucnej, zwłaszcza ropne, pozostawiają często silne zrosty opłucnowe, które K. i N. przypisują jodoformowi.

Na ten ostatni punkt zgodziłbym się tylko częściowo, bo wytwarzanie zrostów zależy wprawdzie i od długotrwałego drażnienia stanem zapalnym, ale wedle mnie jeszcze ważniejszą jest dyspozycja do tego, która tkwi w organiźmie chorego. Do leczenia zrostów jeszcze wrócę niżej.

Należy wspomnieć także o często stosowanym zabiegu, zwłaszcza przy wysięku surowiczym t. zw. autosero-terapji. Prof. Neumann podaje, że od 20 lat nie stosuje tego zabiegu spowodu częstych wypadków zimnych abscesów w miejscu injekcyj, a po 4—6 tygodniach od czasu wstrzyknięcia niektóre przypadki okazują rozsianie się gruźlicy prosówkowej po całym organiźmie, lub też zapalenie opon mózgowych z dalszemi ich następstwami.

Welzel w swej pracy wspomina o przepłókiwaniu opłucnej w czasie wojny wucyną, rozczynem Dakina, rozczynem Pregla, rozczynem chloraminy (Jaeger), 40% rozczynem cukru; jednakowoż te metody mało się przyjęły w szerszem stosowaniu.

Mossor podaje jeden przypadek leczenia wysiękowego opłucnej jodem w przypadku *lymphadenosis subleukaemica* bez wyniku, coby się zgadzało z wynikami K. i N.

Nie będę przytaczał historyj chorób swoich przypadków, lecz tylko wspomnę o kilku. A mianowicie, przywołany do 12 letniego chłopca, stwierdziłem wysiękowe zapalenie opłucnej, 5-ty dzień choroby. Wstrzyknąłem 3 cm^3 mieszanki jodoformowej po wypuszczeniu około ½ l płynu. Po trzech dniach spadek gorączki. Po tygodniu punkcja kontrolna nie wykazała płynu. Drugi przypadek panny 19 letniej, zapalenie opłuc-

nej od 4 tygodni trwające, z wysoką gorączką, leczona paljatywnie, po dwóch punkcjach z wypuszczeniem płynu (około $1^1/_2$ litra za pierwszym razem), wstrzyknąłem dwukrotnie mieszankę jodoformową w odstępach 1 tygodniowych. Po dwukrotnym zabiegu została wyleczona. Punkcja kontrolna za tydzień od ostatniego wstrzyknięcia przeprowadzona nie wykazała żadnego płynu. Także w przypadku ropiastego płynu opłucnej u dziewczynki 15-letniej z utajonem zapaleniem opon mózgowych na tle gruźliczem, po dwukrotnej punkcji, płyn ropiasty ustąpił jakoteż i gorączka, która jednak po 2 dniach podniosła się spowodu zapalenia opon mózgowych. Dziewczynka ta cierpiała od 6 miesięcy na napadowe bóle głowy, a bezpośrednią aktywizację należałoby odnieść do przebytej chodząco grypy. Zapalenie opon na tle gruźliczem stwierdzono mikroskopowo.

Wszystkich przypadków leczenia wysiękowego zapalenia opłucnej liczę 12. W ani jednym przypadku nie trzeba było więcej jak dwukrotnie wykonać zabiegu, coby zgadzało się z wynikami Kirschenblatta i Nassarjana.

Nie wiedząc zupełnie o metodach zagranicznych uczonych wstrzykiwania małych dawek, stosowałem nieco większe, zależnie od przypadku, wieku pacjenta oraz czasu trwania choroby. Przekonałem się jednak, że nie musi się czekać na ukończenie narastania płynu, lecz przeciwnie, tem szybsze są wyniki, im szybciej zastosujemy zabieg. Naturalnie chodzi wpierw o stwierdzenie płynu badaniem fizykalnem, a wiemy, że tą metodą możemy go stwierdzić dopiero, gdy przybyło go około pół litra.

Są ludzie specjalnie wrażliwi na jodoform, przeto pierwszą dawkę należy dawać oględnie, 1—2 cm³. Należy chorego lub też otoczenie pouczyć, że zaraz po wstrzyknięciu może chory odczuwać kłucie w chorym boku, które jednak wkrótce przejdzie i chory będzie się czuł dobrze. Na drugi dzień chory może odczuwać smak gorżki w jamie ustnej, który można usunąć płókaniem ust i gardła wodą ciepłą ze szczyptą soli. Również należy pouczyć otoczenie chorego, że przez 2—3 dni po zabiegu będzie utrzymywać się gorączka wysoka, jako gorączka reakcyjna, która później spadnie całkowicie lub znacznie się obniży zależnie od tego, czy będzie się jeszcze zbierać płyn, czy też nie.

W każdym razie trzeba otoczenie przygotować na dwurazową punkcję leczniczą i trzecią kontrolną. Drugiej i trzeciej punkcji nie można wcześniej robić, jak w odstępach tygodniowych. Przy drugiej punkcji zwiększyć dawkę w zależności od przypadku i wieku pacjenta.

Nie zgodziłbym się z zapatrywaniem, głoszonem w podręcznikach, że punkcję wykonuje się tylko z następujących wskazań: 1) *Indicatio vitalis;* gdy wysięk sięga do 4 żebra i powyżej środka łopatki z objawami przemieszczenia serca i śródpiersia, gdyż jest to czas najwyższy do działania czynnego. 2) Ostro występujące wysięki, które powoli zwiększają się, ewentualnie, które za małą okazują tendencję do resorbcji. Sądzę, że należy punktować, skoro tylko sprawy zapalne nieco się uspokoją, najpóźniej jednak w trzecim tygodniu. — nie należy bowiem zbytnio przewlekać choroby i narażać pacjenta na stratę sił, czasu i pieniędzy.

Zgodziłbym się tylko z Backmeisterem, że przy wysiękach powstałych przy terapji odmą, celem uciśnięcia płuca, należy działać konserwatywnie i zaniechać terapji czynnej z wyjątkiem wysięków na tle kiłowem, które najszybciej i najskuteczniej ustępują po terapji swoistej.

Wedle zapatrywań Eislera, Simona, Klarego, schorzenie wysiękowe opłucnej nie jest chorobą miejscową, lecz schorzeniem ogólnem, z czem zupełnie zgodzić się można, lecz jestem przekonany, że gdy usunie się główne ognisko choroby, siły odpornościowe dadzą sobie radę z resztą zakażenia.

Przy stwierdzeniu zaczynającego się wysięku opłucnej działamy również miejscowo przez kataplazmy z maści jodowo-anestezynowej np. *Jodi puri* 0,1, *Kalii jodati* 5—7, *Anaesthesini* 1,0, *vaselini amer. fl.* 150,0, do której dobrze dodać *Ichthyoli puri* 2—3 g, na szmatkę nasmarować i przyłożyć, zmieniać raz na 2—3 dni.

Razem leczenie takie trwa 6—9 dni. Sposób ten zapobiega tworzeniu się zrostów opłucnowych. Metodę tę również stosuje się i przy już wytworzonych zrostach opłucnowych. W razie niedziałania wyżej podanej maści, mamy do dyspozycji maść amerykańską *Antiphlogistine,* która czasami jest dobrem uzupełnieniem powyższego leczenia. Prócz tego możemy stosować okłady gorące z kataplazmów borowinowych, parokrotnie dziennie przykładanych, przez kilka dni z rzędu. Dalszy pobyt w miejscowościach klimatycznych, lub zdrojowych stosownie do przypadku bardzo wskazany.

Metoda leczenia mieszanką jodoformową wysięków opłucnej skraca całe leczenie w najgorszym przypadku do połowy, oszczędza siły, czas i pieniądze chorego, nadaje się do leczenia domowego, które to zalety zwłaszcza w obecnych czasach kryzysowych tak są pożądane przez chorych i otoczenie.

Piśmiennictwo:

Chrostowski: P. G. L. 1917, str. 263. — Kirschenblatt i Nassarjan: Münch. Med. Woch. 1924. str. 2213. — Meller: P. G. L. 1926. Str. 804. — Mossor-Tumidajski: P. G. L. 1928. Str. 642—45. — Manekichi-Sudzuki: M. Med. Woch. 1929. Str. 581. — Mossor St.: P. G. L. 1925. Str. 661—664. — Meller: P. G. L. 1931. Str. 667—671. — Paszkiewicz: P. G. L. 1933. str. 165—168. — Goliborska-Przesmycki: P. G. L. 1932. Str. 1817. — Seliwanowa-Reiterowski: P. G. L. 1932, str. 824. — L. Bagiński: P. G. L. 1931, nr. 24. Die Aerztliche Praxis 1931, str. 233. — Walzel: Emphyembhg.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Halina NEWLIŃSKA. Lwów.
As. Państw. Szkoły Położnych.

Kilka uwag o rzucawce porodowej.

Z oddziału poł.-gin. Państw. Szpit. Pow. we Lwowie.
Ordynator: Doc. Dr. St. Mączewski.

Etjologja rzucawki porodowej oraz zespołu objawów nazwanego przez wielu autorów stanem przedrzucawkowym a przez Bara *„eclampsismus"* pozostaje dotychczas w dziedzinie hipotez. Niezliczona wprost ilość badań przeprowadzona celem wyjaśnienia patogenezy, szereg teoryj, które pozornie wypływają jedna z drugiej, a jednocześnie zbijają siebie nawzajem nie doprowadziły do niczego i zagadnienie to pozostaje nadal nierozstrzygniętem, uniemożliwiając nam radykalne leczenie. Dotychczasowe nasze zadanie skierowuje się więc jedynie ku temu, aby zawczasu rozpoznać zatrucie ciążowe, aby zapewnić osobie takie warunki, które powstrzymałyby dalszy rozwój sprawy chorobowej i nie dopuściły do najgroźniejszego objawu, jakim jest atak rzucawkowy. Zapomocą statystyk starano się odnaleźć pewne momenty, mogące rzekomo sprzyjać powstawaniu rzucawki, starano się uzależnić ją od rasy, miejscowości, pogody, starano się wykazać wśród jakich warunków i w jakich okolicznościach rozwija się najczęściej ta choroba. Niestety, prace statystyczne nie mogą być zbyt dokładne, gdyż oparte na materjale szpitalnym dotyczą przypadków ciężkich, a więc przypadków, gdzie wystąpiły już drgawki, o właściwej zaś chorobie, czyli o tak zwanym stanie przedrzucawkowym nie mamy dokładnych danych, gdyż te przypadki pozostają przeważnie w leczeniu domowem i rzadko trafiają do ewidencji szpitalnej.

Statystyka, przeprowadzona na oddziale położniczo-ginekologicznym Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie za okres 10 letni od roku 1923—1932, obejmuje 57 przypadków, co wobec ogólnej ilości porodów 8264 wynosi 0,69% czyli 1:145. Co się tyczy procentowej ilości w poszczególnych latach — to wahają się one od 0,47% do 1,47%. (Zwiększania się przypadków rzucawki w ostatnich latach, jak to podnoszą niektórzy niemieccy autorowie nie zauważyliśmy). Ilość ta jest nieco wyższa, niż to podają statystyki zagraniczne, gdyż według prac francuskich stosunek ten wypada 1:233, według prac niemieckich — 1:278. Częstsze występowanie rzucawki u nas można tłumaczyć bądź gorszą organizacją walki z eklampsją, bądź jako skutek jakichś specjalnie sprzyjających warunków, zależnych od rasy, klimatu lub bytu.

Według naszej statystyki rasa nie odgrywała większej roli w rozwoju rzucawki: wśród rasy aryjskiej zdarzyła się w 0,93%, wśród rasy semickiej w 0,89%.

Na zależność rzucawki od pogody już niejednokrotnie zwracano uwagę. Począwszy od Olshausen'a, który uzależnił do pewnego stopnia rzucawkę od warunków atmosferycznych, nie mogąc jednak wytłumaczyć tego związku, powstało szereg prac poruszających tę kwestję. Hammerschlag stanowczo przeczy jakiemukolwiek związkowi; Schlichting, Oppenheimer, Linzenmeier i inni, naodwrót, uważają, że predysponującemi momentami są wilgoć i zimne wiatry późną jesienią i wiosną, jak również niż barometryczny latem. Powyższe zjawisko Heusz objaśnia w ten sposób, że osoby chore na nerki z wysokiem ciśnieniem tętniczem — mają aparat naczynio-ruchowy specjalnie wrażliwy na zimno, toteż zmiany atmosferyczne mogą wywołać u nich bardzo silną reakcję, przejawiającą się nawet atakiem drgawek. Powyższych momentów nasza statystyka, niestety, uwzględnić nie

mogła, jednak największą ilość przypadków zanotowaliśmy od marca do czerwca włącznie.

O wpływie warunków bytu na rozwój rzucawki świadczyć może to, że rzucawka, jak to już zwrócił uwagę Hammerschlag, zdarza się częściej u mieszkanek miasta, aniżeli u mieszkanek wsi (w naszem zestawieniu 3:2) i znacznie częściej u kobiet zamężnych, niż wolnych (8,5:1). Związek ten można wytłumaczyć tem, że naogół mieszkanki wsi, jak również kobiety niezamężne, które ze względu na ciężką pracę fizyczną raczej powinny zapadać na eklampsję, są niejako uodpornione przeciwko niej, gdyż, jako osoby gorzej uposażone, podlegają przymusowej diecie, ubogiej w białko i tłuszcze.

Stosunek ilościowy pierwiastek i wieloródek, według danych rozmaitych autorów, wypada dość zgodnie — większość podaje 8:1. Zestawienie nasze wypadło na korzyść pierwiastek, gdyż, wziąwszy pod uwagę ogólną ilość porodów wyniesie ono 2,3:1.

Wiek rodzących wahał się przeważnie pomiędzy 18 a 30 laty. Na uwagę zasługują dwie wieloródki (XVII i III ciąża) w wieku 44 i 42 lat, u których w okresie łożyskowym wystąpiły bardzo silne ataki drgawek, zakończone śmiercią obu chorych.

Zdanie Schröder'a i Naegele'go, jakoby wzmożony wpływ ciąży zwiększał ilość rzucawek, znalazło potwierdzenie i u nas: drgawki wystąpiły w sześciu ciążach bliźniaczych, czyli w 10,5% wszystkich przypadków; w stosunku zaś do ogólnej ilości porodów bliźniaczych wypada to 1:27, przyczem zaznaczyć należy, że przebieg wszystkich przypadków był bardzo ciężki tak, że tylko jedną rodzącą dało się uratować (83% śmiertelności). Co się tyczy płci płodów to w trzech przypadkach płody były żeńskie, w jednym — męskie, a w dwóch — płody obojga płci.

Wspomnieć chcę tutaj o zdaniu Mauriceau, który uważał, że przeważnie starsze pierwiastki z męskim płodem są dotknięte tem cierpieniem. Chociaż statystyka nasza wykazała płody męskie w 58%, a żeńskie tylko w 37%, jednak należy zwrócić uwagę, że naogół znacznie cięższy przebieg i większy procent śmiertelności matek dawały ciąże z płodem ew. płodami żeńskiemi. Śmiertelność ta wynosiła 56%, podczas gdy wobec płodów męskich zaledwie 12%. Prócz tego w dwóch przypadkach bliźniaków żeńskich zatrucie było tak silne, że w chwili przybycia chorych do zakładu były one w beznadziejnym stanie, a tętna płodów już nie stwierdzono.

Pod względem występowania ataków rozróżniamy, w myśl dawnego podziału, rzucawkę ciążową, porodową i połogową. W ciąży wystąpiła ona w 12 przypadkach, z których największa ilość przypada na VII i VIII miesiąc; podczas porodu w 28 przyp., z nich 19 wystąpiło w I okresie, a 9 — w II okresie porodowym; pozostała ilość 17 przyp. objawiła się dopiero po porodzie. Ścisłej granicy pomiędzy rzucawką ciążową i porodową nie da się przeprowadzić, gdyż lekkie bóle mogły już istnieć podczas domniemanej rzucawki w ciąży, z drugiej zaś strony ataki drgawek mogły być powodem do wywołania czynności porodowej. Największą ilość rzucawek (38) zanotowaliśmy w X. mies. ciąży, najmniejszą — 1 przypadek w IX mies.

Odpowiednio do objawów musimy wszystkie nasze chore podzielić na dwie grupy: 1) przypadki ciężkie i 2) — lżejsze, gdyż od tego zależało nasze postępowanie. Chorych w bardzo ciężkim wprost beznadziejnym stanie było 15, z nich 12 przywieziono do zakładu przed-, a 3 po porodzie. Te wszystkie chore wykazywały bardzo silne objawy zatrucia: ataki powtarzały się raz po raz, tak, że przytomność wcale nie wracała, ciśnienie krwi wahało się od RR 180—215 mg. W moczu bardzo wielkie ilości białka, wałeczki szkliste i ziarniste, krwinki czerwone. Według zapodań rodziny, u pięciu chorych pojawiło się od kilku dni niedowidzenie, a u dwóch zupełna utrata wzroku. Pomimo iż Stroganow uważa, że wszystkie ciężkie zatrucia muszą się odbić i na płodzie — zaledwie u czterech rodzących stwierdziliśmy brak tętna płodu, a w przypadku ciąży bliźniaczej jeden tylko płód mniejszy i słabszy był nieżywy. Pozostałe przypadki w liczbie 42 zaliczamy do lżejszych, chociaż zdarzały się i wśród nich groźniejsze objawy.

Czyżewicz zupełnie słusznie zwrócił uwagę w jednej ze swoich prac na trudności, jakie niekiedy może nastręczyć rozpoznanie rzucawki. Trias objawów podany przez Zangemeistra, do których należą obrzęki, wzmożone ciśnienie krwi i obecność białka w moczu, zdarzają się również i przy mocznicy, drgawki i utrata przytomności — są stałemi objawami padaczki — nic więc dziwnego, że w atypowym przebiegu eklampsji, o ile któryś z charakterystycznych objawów nie wystąpi, lekarz nie będzie mógł wydać stanowczej decyzji bez uprzednich badań dodatkowych. Najwięcej wspólnych cech, a więc i trudności napotka się w odróżnianiu rzucawki od obu postaci mocznicy: chloruremji i azotemji. Rozstrzygającą będzie tu zdolność zagęszczenia moczu, zachowanie się kwasoty krwi oraz morfologiczne badanie krwi, które w obu postaciach mocznicy zazwyczaj zmian nie daje, w rzucawce zaś wykaże leukocytozę wielojądrzastą obojętnochłonną i przesunięcie obrazu krwi na lewo.

W postępowaniu leczniczem, wobec ataków rzucawki można zasadniczo wyodrębnić 3 kierunki: 1) leczenie zachowawcze, 2) leczenie czynne i 3) pośrednie czyli leczenie objawowe i jednocześnie wzniecanie lub przyśpieszanie porodu.

Najstarszym sposobem jest leczenie zachowawcze, którego zwolennikiem był Zweifel. Próby łagodzenia ataków zapomocą środków narkotycznych i odtruwanie organizmu przez wzmaganie czynności nerek i upust krwi z żył nie osiągnęły spodziewanych wyników. Toteż następnym etapem w rozwoju leczenia rzucawki była metoda czynna, popierana przedewszystkiem przez Bumm'a, Waldstein'a, Stoeckl'a, a w Polsce przez Posner'a. Waldstein, rozwiązując natychmiast każdą chorą na rzucawkę, otrzymał wprost nadzwyczajne wyniki, gdyż śmiertelność matek zmniejszyła się do 1,7%. Tak dobrych wyników nikt jeszcze nie miał. Postępowanie Stoeckl'a polegało na tem, aby chorą rozwiązać niezwłocznie w możliwie najłagodniejszy sposób, a następnie stosować środki narkotyczne i upust krwi. Za metodę wyboru uważał on w tych przypadkach cięcie cesarskie, gdyż, zdaniem jego, jest to zabieg najszybszy i najdelikatniejszy dla matki i dziecka. W tem postępowaniu śmiertelność matek dochodziła do 8,4%.

Od czasu wprowadzenia przez Stroganowa leczenia zachowawczego własną metodą, zaczęto znów zwracać większą uwagę na stare sposoby i stopniowo powstało tak zwane leczenie pośrednie *„Therapie der mittleren Linie“*, propagowane głównie przez Engelmann'a, Stroganowa i Rupp'a. W ostatniej swojej pracy Stroganow zwraca uwagę na zabójcze działanie cięcia cesarskiego i uważa je za niebezpieczniejsze od samej choroby; powołując się na pracę Lichtenstein'a zaznacza, że podczas cięcia cesarskiego działanie lecznicze ma jedynie krwotok. W przypadkach, gdzie chodzi o szybkie rozwiązanie rodzącej, zaleca po rozszerzeniu szyi przebić pęcherz — poród nastąpi tem szybciej im cięższy jest przypadek. Pozatem radzi stosować własny jego sposób podawania narkotyków i upust krwi nieprzekraczający 500 cm^3.

W przypadkach bardzo ciężkich, jeżeli występuje bezmocz, radzą niektórzy wykonywać dekapsulację nerek. Edebohls, a następnie Lichtenstein stosowali ten zabieg wielokrotnie, jednak stałemi wynikami dodatniemi nie mogli się poszczycić i śmiertelność matek pozostawała nadal duża.

Nasze postępowanie, jak już zaznaczyłam, zależało od stanu chorej. Przypadki ciężkie rozwiązywaliśmy natychmiast, przeważnie zapomocą cięcia cesarskiego; w lżejszych — postępowanie było zachowawcze.

Ogółem wypadków śmiertelnych mieliśmy 16 czyli 28%, musimy jednak uwzględnić 8 przypadków, w których chore przywiezione były do zakładu w tak beznadziejnym stanie, że w żaden sposób nie dałoby się ich uratować. Wszystkie przypadki były sekcjonowane; na sekcjach stwierdzono mniejsze lub większe zmiany w wątrobie i nerkach, w cięższych — wylewy i wybroczyny na otrzewnej i w mózgu, pozatem zmiany zapalne w płucach.

Śmiertelność dzieci wynosi 27,5%, jednak i tu musimy odrachować trzy przypadki, w których tętna płodu nie stwierdzono i cztery przypadki, w których dzieci ważyły poniżej 1500 g.

Co się tyczy poszczególnych zabiegów, to wyniki były następujące: 9 cięć cesarskich brzusznych, wykonanych w ciąży lub w I okresie porodowym; z nich 6 wykonano u osób w bardzo ciężkim, właściwie beznadziejnym stanie. Wszystkie te chore tuż po operacji lub najdalej do kilku godzin zmarły; sekcje wykazały rozległe zmiany w wątrobie i nerkach, wybroczyny na otrzewnej, a w dwóch przypadkach ogniska rozmiękające w mózgu. U jednej chorej z miednicą płaską krzywiczą wykonano po raz drugi cięcie — tuż po operacji wystąpiły bardzo silne drgawki i pomimo zastosowania leczenia metodą Stroganowa chora po 12 godz. zmarła. Dwie chore pomimo dość groźnego stanu zdołano uratować. Ponieważ 6 chorych ze względu na ich stan było nie do uratowania, śmiertelność matek wynosi w naszem zestawieniu 11%. Co się tyczy dzieci, to prócz dwóch przypadków, w których tętna płodu już w chwili przybycia rodzącej nie stwierdzono i prócz jednego bliźniaka nieżywego — wszystkie dzieci urodzono żywe.

W dwóch przypadkach ciąży w VII i VIII miesiącu i w jednym przypadku ciąży przenoszonej u wieloródki z nieżywym płodem wykonano cięcie cesarskie pochwowe. 1 chora zmarła. Przypadek ten zasługuje na uwagę, gdyż dotyczył on osoby będącej po raz trzeci w ciąży. Podczas II ciąży wystąpiła w VII m. rzucawka, wobec czego założono balon, poczem urodził się płód zmacerowany. W czasie obecnej ciąży drgawki powtórzyły się również w VII mies. lecz o znacznie większem nasileniu tak, że chorą przywieziono do zakładu już w bardzo ciężkim stanie.

W II okresie porodowym kończyliśmy poród przeważnie zapomocą kleszczy; z tego kleszcze Kjelland'a zakładano u siedmiu rodzących, a kleszcze Madurowicza u pięciu. Wyniki dla matek po kleszczach Kjelland'a były bardzo dobre. Po kleszczach niskich jedna osoba zmarła — chora ta została przywieziona w bardzo ciężkim stanie i pomimo natychmiastowej pomocy, po kilku godzinach nastąpiło zejście śmiertelne.

W pozostałych przypadkach leczenie było zachowawcze. Poród pozostawiono siłom natury i stosowano metodę Stroganowa, trzem chorym wykonano upust krwi w ilości około 300—500 cm³. Ponieważ były to przypadki lekkie, nie straciliśmy ani jednej chorej.

Rzucawka połogowa wystąpiła u 17 chorych, przeważnie do trzech godz. po porodzie, u trzech tylko — po upływie 24 godz. Zmarło 3, z których jedna w godzinę po przybyciu do szpitala. Jako leczenie stosowaliśmy w większości przypadków morfinę i chloral a w kilku — siarczan magnezowy w 25% rozczynie domięśniowo. Prócz tego dziewięciu chorym puściliśmy krew w ilości około 200—400 cm³.

Rozważywszy wszystkie sposoby postępowania, skłaniamy się do zapatrywania, że w leczeniu rzucawki porodowej najracjonalniejszem postępowaniem jest możliwie szybkie usunięcie ogniska zatruwającego cały organizm. Im szybciej to nastąpi, tem większa jest nadzieja wyleczenia. Toteż w każdym przypadku, w zależności od okresu porodowego i ogólnego stanu chorej, należy wybrać odpowiedni sposób postępowania, któryby szybko i delikatnie chorą rozwiązał, a zarazem zapewnił matce i dziecku maximum bezpieczeństwa. Nasze spostrzeżenia wykazały, że, między innemi, wyniki w znacznej mierze zależały od ilości ataków, im mniej ataków przed rozwiązaniem, tem lepsze rokowanie dla chorej, a nadto, że śmiertelność matek wzrasta stopniowo wraz z liczbą przebytych ataków.

Nie ulega wątpliwości, że rozwiązanie przez pochwę byłoby dla matek najkorzystniejsze. Nie zawsze jednak da się ono przeprowadzić w sposób łagodny, wskutek braku warunków. Toteż w ciąży i na początku I okresu porodowego zabiegiem najdelikatniejszym jest niewątpliwie cięcie cesarskie, które w ciążach wczesnych można zastąpić cięciem pochwowem. Zabieg ten przy dzisiejszej technice operacyjnej nie powinien dawać powikłań i Stoeckel zupełnie słusznie uważa go za metodę wyboru. W II. okresie porodowym przypadki można więcej indywidualizować, gdyż wchodzą tu w rachubę inne zabiegi, jak np. kleszcze, obrót, wymóżdżenie. W połogu — pozostaje jedynie Stroganow, upust krwi i dieta.

W zwalczaniu rzucawki najważniejszą rzeczą, jak dotychczas, jest dokładne badanie ciężarnych, wczesne rozpoznanie stanu przedrzucawkowego, oraz leczenie. Jeżeli leczenie nie wpływa na poprawę stanu chorobowego, to należy chorą rozwiązać.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Leon SZAJEROWICZ. Krynica.

Problem racjonalnego odżywiania w zdrojowiskach.

Że racjonalne odżywianie w zdrojowiskach stanowi jeden z pierwszorzędnych czynników w leczeniu zdrojowo-kąpielowem, nie podlega już obecnie najmniejszej dyskusji.

Sprawa ta była wielokrotnie poruszana na łamach prasy swojskiej i zagranicznej. Problem racjonalnego odżywiania ujęty jednak został z niewłaściwej strony. Zbyt wiele uwagi poświęcono na szczegóły, omijając rdzeń sprawy.

Problem ten nie da się rozwiązać zapomocą zaprowadzenia szematów dietetycznych, jak tego żąda większość autorów, zajmujących się sprawą dietetyki w zdrojowiskach. To tylko komplikuje sprawę. Kuracjuszowi nie możemy przepisać szematu dietetycznego na cały czas kuracji. W czasie kuracji okazać się może, że niektórych potraw pacjent nie znosi, inne niekorzystnie wpływają na stan choroby. Tego najwięcej doświadczony lekarz przewidzieć nie może. Należy wziąć pod uwagę nietylko stan fizyczny, ale i psychiczny pacjenta. Szemat dietetyczny musiałby być niejednokrotnie w czasie kuracji zmieniany. Taki skomplikowany plan leczenia dietetycznego nie da się przeprowadzić w pensjonatach, choćby najlepiej zorganizowanych pod względem dietetyki. Możliwe to tylko jest w sanatorjach.

Mojem zdaniem, kwintesencja i tajemnica racjonalnego odżywiania w zdrojowiskach nie polega na wielostronności spisu potraw, dostosowanych do różnych szematów dietetycznych, lecz przedewszystkiem na nieskazitelnem ich przygotowaniu. Wszystkie potrawy winny być tak przygotowane, ażeby mogły odpowiadać wskazaniom przy najrozmaitszych cierpieniach. W tym celu winny być przedewszystkiem umiarkowanie solone. Zbytnie solenie jest szkodliwe nietylko dla ludzi, dotkniętych pewnemi chorobami, ale również dla osób skłonnych do pewnych schorzeń. Solenie nad miarę jest oznaką złej kuchni i gorszych produktów surowych, których mniejszą wartość można w ten sposób utaić. Umiarkowane solenie jest dowodem starannego i inteligentnego kierownictwa kuchni.

Jako tłuszcz do przyrządzenia różnych potraw musi być bezwzględnie używany najlepszy gatunek masła, wszystkie inne tłuszcze są niedopuszczalne.

Wszelkie przyprawy korzenne, drażniące narządy, jak pieprz, papryka, gorczyca, cynamon, cebula, czosnek winny być wyłączone. Kuchnia dietetyczna ograniczyć się powinna do trzech prostych przypraw: soli, cukru i kwasu cytrynowego, i te należy stosować umiarkowanie. Zła to kuchnia, która bez ostrych korzeni obejść się nie może.

Z mięsnych potraw, o ile takie są wskazane, dostateczne są 2—3 dania, jedno z ciemnego mięsa i drugie z białego. Potrawy mięsne powinny być przygotowane sposobem naturalnym bez bułki i mąki. Jeżeli jako tłuszcz służy dobre masło, to pieczeń pod względem łatwostrawności nie jest gorsza od gotowanego mięsa.

Kuchnia dietetyczna powinna rozporządzać możliwie dużym wyborem świeżych jarzyn i owoców w najlepszym gatunku. Jarzyny winny być przyprawiane jedynie dobrem masłem bez mąki i bułki i podawane w stanie naturalnym, nigdy w postaci kotletów jarzynowych. Wprawdzie przez wielu lekarzy w cierpieniach przewodu pokarmowego zalecane są jarzyny w postaci *„purée"*. Jest to zbyteczna przesada. Kto dobrze przeżuwa i je powoli, dla tego *purée* jest zbyteczne.

„Purée" jamy ustnej jest lepsze od kuchennego *„purée"*, mówił dawno już znany w sprawach dietetyki lekarz duński Jürgensen.

Zimą kuchnia dietetyczna powinna posiadać dostateczny zapas konserw jarzynowych i owocowych. Konserwy w sposób umiejętny preparowane metodą Wecka nie tracą na smaku i na wartości witaminowej. Wreszcie kuchnia dietetyczna zawsze powinna rozporządzać zapasem mleka pełnowartościowego i jego przetworów. Kuchnia, która rozporządza materjałami pierwszorzędnej jakości i znajduje się pod kierunkiem osoby inteligentnej, posiadającej zasadnicze wiadomości o składzie chemicznym środków odżywczych, a również w najgłówniejszych zarysach pojęcie o odżywianiu chorych, potrafi zadośćuczynić wszelkim wymaganiom lekarskim. Wystarczy, gdy lekarz da pacjentowi ogólne wskazówki, w wyjątkowych przypadkach indywidualny przepis dietetyczny.

Rozwiązanie zagadnienia racjonalnego odżywiania w zdrojowiskach w pierwszej linji zależne jest od tego, czy pensjonaty i restauracje w zdrojowiskach posiadają te wszystkie warunki, jakie są konieczne do dietetycznego odżywiania. W tym kierunku winny dążyć wszystkie usiłowania miarodajnych czynników, w interesie których leży rozwój naszych miejscowości leczniczych. We wszystkich zdrojowiskach powinni być zaangażowani wykwalifikowani higieniści-kontrolerzy. Pod ścisłą i stałą ich kontrolą winny się znajdować wszystkie pensjonaty i restauracje, a również rynek spożywczy. Do ich obowiązku należałoby również systematyczne pouczanie kierowników pensjonatów i restauracyj o higjenie i żywieniu chorych. Pensjonaty i restauracje, które nie będą odpowiadać wszystkim warunkom higjeny i dietetyki, winny być bezwzględnie pozamykane. Będzie mniej nieodpowiednich pensjonatów, za to więcej mieszkań bez przymusu pensjonatowego. Wyjdzie to tylko na dobre dla kuracjuszów i dla zdrojowisk.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Medycyna, nr. 19. 1933. 1) Prof. K. Bujniewicz: Schorzenia nerek w świetle mojej teorji wytwarzania moczu. — Dr. A. Landau i Dr. St. Kaminer: Uwagi kliniczne o ostrem zapaleniu stawów pochodzenia rzeżączkowego i jego leczeniu. — Dr. J. Bohuszewicz i Dr. J. Łukaszewicz: Leczenie dychawicy oskrzelowej promieniami Roentgena oraz próba teoretycznego uzasadnienia ich działania. — Dr. A. Ławrynowicz: Wytyczne zaopatrywania miast w mleko.

Młoda Matka. VII. nr. 20. 1933. Jerzy Wiśniewski: „On nie chce ssać"! — Jerzy Kirchner: Onanizm dziecięcy. Higjena, pielęgnacja i rozwój dziecka w obrazkach. — Dr. P. Wójciak: Odpowiedzi na najczęstsze pytania matek. — S. S.: Podsłuchane rozmowy. — Wanda Kalinowska: Jaki wpływ ma kino na wychowanie dziecka. — M. Popowska: Jak myślą nasze dzieci. Józefa Gażyńska: Budzenie wrażeń estetycznych. — Henriette: Spodnie dla sześcioletniego chłopczyka.

Nowiny Lekarskie. Nr. 17. 1933. A. Gluziński: Wspomnienie z IV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich a I-go w Poznaniu w r. 1884. — B. Jakimiak: Zjazdy Lekarzy Słowiańskich. — A. Januszkiewicz: Objawy pierwotnej niedrożności żyły śledzionowej. — L. Korczyński: Biodynamika jonów i elektrycznych naładowań atmosfery. — W. Jezierski: Analizy kapilarne krwi. — A. Karwowski: Walka z kiłą nerwową. E. Salitówna: Azocica ostra. — Doc. dr. Bajoński: Pęknięcie macicy na podłożu szklistego zwyrodnienia ściany macicznej. E. Piasecka-Zeyland: Przyśpieszenie biologicznego rozpoznawania gruźlicy przez badanie gruczołów szczepionych świnek morskich. — R. Pekielis: Przyczynek do leczenia zespołu Adams-Stokes'a.

Nowiny Lekarskie, nr. 18. 1933. K. Jonscher: Bóle brzucha u dzieci. — J. Adamski: Kilka uwag o dezynfekcji.

Nowiny Lekarskie, nr. 19. 1933. Ś. p. prof. dr. Adam Karwowski. — K. Jonscher: Bóle brzucha u dzieci. (dok.). — St. Łaguna: Morderstwo przez powieszenie.

Nowiny Społeczno-lekarskie. VII. 19. 1933. Z. Zmiana umów z kasami chorych. — Wytyczne z dnia 29 sierpnia 1933 do umów z lekarzami w kasach chorych. — Z życia Zw. L. P. P. — Dr. H. Z. Scheuring: Etatyzacja stanu lekarskiego czy wolny wybór lekarza? — Dr. St. Świątecki: Lekarskie Towarzystwo Naukowe w Bydgoszczy. — Dr. J. Załuska: Przed sesją ósmą Rady Głównej A. P. I. M-u (Dok.). — St. Czerwiński: Prawo korzystania z szyldu dla techników dentystycznych. — Dr. Kleber-Dakowska: Rola szpitali w obronie przeciwgazowej. — Dr. M. L-ska. Zawodowe choroby skóry w Wielkiej Brytanji.

Rozprawy Biologiczne. XI. 3. 1933. Rostafiński J.: Próba systematyki małych bowidów Europy. — Szumowski P.: Sól kuchenna w przemianie materji i w żywieniu inwentarza żywego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, nr. 41. 1933. M. Biro: W sprawie choroby Heine-Medina. — C. Rozengartenówna: Z kliniki choroby Heine-Medina. — M. Iberbein i B. Kryński: Przypadek „meningitis meningococcica"? powikłany sztuczną odmą czaszkową. — L. Zaks: Wpływ odry na ustrój zakażony gruźlicą (w związku z większą lub mniejszą odpornością ustroju). (Str. pogl. Dok.). — H. Kołodziej: Zwalczanie ołowicy w zakładzie tlenku cynku w Brzezinach Śl. (Dok.).

Wiadomości Farmaceutyczne. LX. 41. 1933. A. Ludmirska: Zagadnienie roślin leczniczych w Polsce.

Wiadomości Farmaceutyczne. LX. 42. 1933. W. R. Witanowski i H. P. Kryńska: Skład chemiczny i działanie farmakologiczne rdestu ostrogorzkiego (Polygonum Hydropiper L).

Wiadomości Lekarskie, VI. 7—8. 1933. Dr. Jan Hozer: Dziesięciolecie działalności Związku lekarzy K. Ch.

Zdrowie. XLVIII. 17—18. 1933. Dr. H. Trenkner: Sprawy zdrowia pod okupacją niemiecką. — J. Wisłouch: Zanieczyszczenie górnej Wisły ściekami miasta Dziedzic i okolicznych zakładów przemysłowych. — Inż. arch. M. Heyman: Urządzenia i instalacje w zakładach psychjatrycznych. — Dr. B. Krippendorf: Rola lekarza powiatowego w służbie państwowej. Kronika Epidemjologiczna Nr. 11 za 1932 r. — K. Mitkiewicz: Ś. p. Dr. Stanisław Kopczyński.

OCENY.

La pyélonéphrite gravidique et son traitement. LOUIS CLEISZ. Gaston Doin & C-ie éditeurs a Paris.

Krótka lecz wyczerpująca książeczka z serji wydawnictwa *„Collection des Actualités de Médecine Pratique"* podaje w formie jasnej i żywej schorzenia dróg moczowych podczas ciąży. Po omówieniu etjologji zatrzymuje się autor nieco dłużej nad sposobami przenikania zarazków do nerek. W sposób przekonywujący opisuje mechanizm powstawania zakażeń drogą wstępującą i krwionośną, jak również zwraca uwagę na pewne momenty podczas ciąży, sprzyjające przedostawaniu się zarazków, głównie pałeczek okrężnicy, do dróg moczowych. Pod względem klinicznym rozróżnia 7 form, z których dwie najbardziej typowe omawia bardzo dokładnie. W leczeniu zapobiegawczem zasadniczą rzeczą, zdaniem autora, jest uregulowanie czynności jelit i odpowiednia dieta, któryto dział w higjenie kobiety ciężarnej jest zazwyczaj traktowany po macoszemu. Leczenie, zależne od nasilenia sprawy, podane jest bardzo szczegółowo i uwzględnia wszystkie sposoby lecznicze, a więc środki odkażające, szczepionki, surowicę, bakterjofagię, wywołanie wstrząsu, a wreszcie sondowanie moczowodów. Bezwzględnem wskazaniem do przerwania ciąży jest obustronne zajęcie nerek, odległy termin porodu, pozatem brak dobrych wyników po sondowaniu miedniczem.

Praca ta może oddać cenne usługi lekarzom praktykom, gdyż zawiera ona wiele uwag praktycznych co do rozpoznawania i leczenia omawianego schorzenia stosunkowo często spotykanego w praktyce.

H. Newlińska (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Stężenie jonów wodorowych i jego pomiary. A. LOTTERMOSSER. Med. Klin. Nr. 27, 1933.

Stężeniem jonów H określamy ilość wolnych jonów H w danym płynie. Dokładne jednak oznaczenie nie daje się przeprowadzić, a korzystamy tylko z t. zw. czynnych jonów H, które są proporcjonalne do ogólnego stężenia. Metody oznaczania stężenia jonów H są bądź elektrometryczne, bądź kolorymetryczne. Met. elektrometryczne polegają w ogólności na zdolności rozbrojenia napięcia elektrycznego elementu galwanicznego, w którego obwód włączamy badany płyn. Jako jedną z dokładniejszych met. elektr. opisuje met. chinchydrynową. Metody barwne polegają na wykorzystaniu właściwości zmieniania barwy pewnych ciał (np. nitrofenolu) przy znanych stężeniach jonów H. Zmiany owe odczytujemy w komparatorach. Metody barwne zdaniem autora wystarczają zupełnie do badań wydalin (mocz).

Godlowski (Kraków).

Odruch sercowo-płucny i nerwu trójdzielnego (réflex trigémino-cardiopulmonaire). P. CARYOPHYLLIS. Pres. Méd. Nr. 45. r. 1933.

Autor zajął się znanym objawem „wypieków" na policzkach, występującym specjalnie w gruźlicy. Mechanizm powstawania tego odruchu ma być następujący: wskutek drażnienia włókien czuciowych w płucach przez zmiany gruźlicze — zazwyczaj wrzodziejąco - serowate — bodziec przechodzi poprzez ośrodek rdzeniowy włóknami odśrodkowemi tej samej strony i następuje rozszerzenie naczyń krwionośnych. Autor sądzi, że odruchu tego można używać do badania stanu napięcia układu wegetacyjnego zamiast odruchu oczno-sercowego, który u niektórych osób nie daje dobrych wyników z tego powodu, że sam ucisk na oczy sprowadza u nich zaburzenia wskutek bojaźliwości. Metoda badania tego nowego odruchu jest następująca: Przykłada się do obu policzków dwa woreczki gumowe wypełnione ciepłą wodą i po pewnym czasie obserwuje się różnicę w nasileniu zaczerwienienia na obu policzkach. Na tej stronie, na której są zmiany gruźlicze jednostronne albo też wybitniejsze (przy gruźlicy obustronnej), zauważa się silniejsze zaczerwienienie, ponieważ tam układ wegetacyjny znajduje się w stanie zwiększonej ukrytej pobudliwości.

Skowroński (Lwów).

Działanie wagotoniny na nadciśnienie tętnicze. ABRAMI SANTENOISE i BERNAL. Pres. Méd. Nr. 17. 1933.

Wagotonina jest to substancja otrzymana z trzustki, która posiada zdolność obniżania ciśnienia krwi, ma ona być jednym z hormonów regulujących ciśnienie krwi, ale jest ona różna od innych podobnych ciał jak angioksyl, padutyna. Zawiera ona tylko nieznaczne ślady insuliny. Wstrzykuje się podskórnie w ilości 0,02 g. U ludzi zdrowych nawet w podwójnej dawce nie wpływa zupełnie na ciśnienie i nie daje żadnych ubocznych działań. Autorowie przeprowadzali doświadczenia kliniczne nad 80 chorymi z nadciśnieniem, u których przez dłuższe leżenie i podawanie zmniejszonej ilości płynów osiągnęli stałe wartości ciśnienia krwi. Wstrzyknięcie normalnej dawki naczczo powoduje z reguły znaczny spadek ciśnienia maksymalnego i mniejszy spadek ciśnienia minimalnego. Charakterystyczne dla działania wagotoniny w odróżnieniu od angioksylu lub padutyny jest późne występowanie spadku ciśnienia (pół godz. do 2 godzin po zastrzyku), powolne spadanie w ciągu kilku godzin i długotrwałe utrzymywanie się w ciągu 12 — 48 godzin. Wagotonina jest substancją działającą na układ wegetacyjny, dlatego też dobre działanie stwierdza się

u sympatykotoników, a po zastrzyku często można wykazać wzmożone napięcie układu nerwu błędnego (odruch oczno-sercowy i inne próby na to przeważnie wskazywały). Tem można tłumaczyć, że nie działa ona w rzadkich przypadkach nadciśnienia na tle nieznanem. Jeśli więc po zastrzyku wagotoniny w 2 godziny niema spadku ciśnienia, to leczenie dalsze jest bezcelowe. W niektórych przypadkach występowała podobnie jak po insulinie pokrzywka. Można tego uniknąć przez odczulenie organizmu zastrzykując wpierw małą ilość substancji.

Skowroński (Lwów).

Wskaźnik chromowy jako nowa próba niewydolności w zakresie przemiany cukrowej. M. POLONOWSKI i H. WAREMBOURG. Pres. Méd. Nr. 39. 1933.

Autorowie podają nową próbę laboratoryjną bardzo łatwą do wykonania, która pozwala oznaczyć połączenia węglowe w osoczu odbiałczonem. W takiem osoczu pozbawionem białka i ciał tłuszczowych głównym związkiem organicznym jest cukier, resztę stanowią różne ciała azotowe i bezazotowe, spośród których właśnie te ostatnie będące produktami rozkładu cukru nie dadzą się zwykle łatwo oznaczyć. Próba ta pozwala oznaczyć ten resztkowy węgiel związków bezazotowych. Polega ona na tem, że osocze krwi odbiałczonej metodą Folina i Wu spala się przy pomocy mieszaniny chromowej a nadmiar niezużytego dwuchromianu odmiareczkowuje się jodem. Przez oznaczenie cukru można obliczyć, ile dwuchromianu zużywa cukier osocza, resztę dwuchromianu, która była potrzebna do spalenia pozostałych składników organicznych osocza, nazywają autorowie resztkowym wskaźnikiem chromowym. Wskaźnik ten u człowieka zdrowego naczczo waha się między 0,30—0,60. Normalne ciała odbiałczonego osocza wpływają tylko bardzo nieznacznie na wielkość tego wskaźnika, zależny on jest głównie od ciał powstających przy rozkładzie cukru. Wskaźnik ten wzrasta w cukrzycy, w niewydolności wątrobowej, przy niedomodze serca, w początkowych okresach chorób zakaźnych, w ciąży, w raku, i to często niezależnie od poziomu cukru we krwi. Próba ta może być sprawdzianem niewydolności glikolitycznej i może np. w cukrzycy dawać pewniejsze wskazówki niż samo oznaczanie cukru w moczu i we krwi. Może ona mieć wartość rozpoznawczą np. w raku, ponieważ w tem schorzeniu stwierdza się bardzo znaczny wzrost tego wskaźnika. Oznaczenie tego wskaźnika w trzy kwadranse po podaniu 100 g cukru gronowego i stwierdzenie jego wzrostu pozwala nam dokładniej rozpoznać zaburzenie w przemianie węglowodanowej niż oznaczanie samego cukru.

Skowroński (Lwów).

Naczynio-ruchowe odczyny dróg oddechowych, pochodzenia pokarmowego. A. JACQUELIN, J. BERTRAND i G. BONNET. Nutrition. T. III. Nr. 3. 1933.

Płuco jest narządem najwięcej unaczynionym i najbardziej podległym zmianom naczynio-ruchowym. Wpływ trawienia prawidłowego i patologicznego na stan naczyń narządów oddechowych może się ujawnić: przez mechaniczne działanie trawienia na parcie krwi w krążeniu płucnem; przez odruch, wywołany bądźto zaburzeniem czynnościowem, bądźto uszkodzeniem organicznem. Cały narząd oddechowy od jam nosowych aż do pęcherzyków płucnych może być siedzibą zaburzeń naczynio-ruchowych, a mianowicie: katar kurczowy, *laryngotracheitis vasomotoria,* nawet zapalny w oskrzelach, stany dychawicze, niektóre przypadki ostrego obrzęku płuc i krwotoki płucne.

Mester (Kraków).

Rola biologiczna i przemiana materji wapnia. Wskazania lecznicze chlorku wapnia. BLUM. Le Monde méd. Nr. 826, 1933.

Blum ze Strassburga zajmuje się znaczeniem wapnia dla organizmu. Ca znajduje się w organiźmie jako połączenie nieorganiczne (węglany i fosforany) oraz organiczne (typem są białczany), w większej części (97%) jako część stała szkieletu, która tylko w razie potrzeby może być uruchomioną. Wapń wolny, czynny krąży jako jony, połączenia koloidalne, i sole nierozpuszczalne i bierze udział w bardzo wielu funkcjach organizmu jak odżywianie komórek, aktywności fermentów, równowadze płynów, stabilizacji koloidów, regulowaniu ruchliwości mięśni i t. p. Dziennie doprowadzamy pożywieniem 0,2—0,5 g do organizmu, ilość jednak wapnia we krwi jest bardzo stała i wynosi 105—120 mg w litrze surowicy. Przy zaburzeniach przychodzi przedewszystkiem do przesunięcia wzajemnego stosunku wymienionych trzech postaci a nie zasadniczej ilości Ca we krwi. Sposoby badania i stwierdzania ilości jonów, czy koloidów są jeszcze sporne i dlatego nie wolno na podstawie cyfr Ca we krwi budować różnych teoryj patogenetycznych, gdyż niezawsze krew daje wierny obraz zaburzeń, których siedzibą są tkanki. Chlorek wapnia jest najłatwiej rozpuszczalny i dlatego najbardziej nadaje się do użycia w leczeniu. Dawka do 1 g na kg jest śmiertelna dla świnki morskiej; dawki duże wywołują nudności, wymioty i biegunki. Gruczoły dokrewne a zwłaszcza przytarczowe mają działanie dla soli Ca podobne jak wysepki Langerhansa dla węglowodanów. Chlorek wapnia należy stosować przy spazmofilji, stanach wagotonicznych, krzywicy, osteomalacji, gruźlicy (dla odbudowy), przy krwotokach, (również profilaktycznie), katarach (np. biegunkach), jako *diureticum,* jako *cardiacum* (Ca wzmacnia skurcz, zwiększa pobudliwość a zmniejsza przewodnictwo mięśnia i wobec tego działa podobnie do naparstnicy), leczniczo i profilaktycznie przy chorobie posurowiczej oraz przy objawach koloidoklastycznych, jak astma, migrena, wyprysk, ognik i t. p.

E. Frisch (Lwów).

Przemiana podstawowa u astmatyków. ZOUBEK. Čas. Lek. Česk. z. 7., 1933.

W części pierwszej tej pracy badał autor przemianę podstawową u 60 astmatyków przed leczeniem desenzybilizacyjnem. W okresie spokoju jest dychawica oskrzelowa bądź hipertyreozą, bądźto częściej — hipotyreozą. Astma alergiczna jest z reguły hipotyreozą. Katar sienny jest hipotyreozą. *Asthmoid* na podstawie rozedmy wykazuje przemianę podstawową bądź prawidłową lub nieznacznie wzmożoną. W okresie alergji kieruje się przemiana podstawowa intensywnością dołączonej *dyspnoe d'effort.* Ważne są t. zw. podstawowe stany dusznościowe — *(status asthmaticus)* między napadami i rozedma czynnościowa, które są równoważnikami alergji. Oba te stany posiadają wpływ na przemianę podstawową.

W napadzie dychawicy mamy przed sobą epizod głównej sprawy, którą jest intensywność duszności międzynapadowej. Od tego zależy wysokość przemiany podstawowej napadu dychawicy, który organicznie wyrasta z tej duszności.

W drugiej części pracy badał autor przemianę podstawową przez szereg tygodni w czasie leczenia desenzybilizacyjnego u 28 astmatyków. W przypadkach hipertyreozy leczenie desenzybilizacyjne obniża przemianę podstawową, często nawet poniżej normy. W przypadkach hipotyreozy leczenie zwiększa przemianę podstawową, lecz tylko przejściowo w postaci wychylenia do hipertyreozy, wychylenia, które podmiotowo objawia się w postaci pogorszenia stanu ogólnego oraz nawrotem starych, w pierwszej części leczenia polepszonych, dolegliwości nieżytowych i astmatycznych. Ta fala hipertyreozy występuje tylko w niektórych przypadkach desenzybilizowanych. Pokrywa się według wszystkich objawów z pojęciem senzybilizacji, po której dopiero przychodzi prawdziwa desenzybilizacja. W całym szeregu przypadków brak jej zupełnie: tylko tam leczenie desenzybilizacyjne zasługuje na pełną swą nazwę.

Ungar (Lwów).

Chirurgja, położnictwo, ginekologja i stomatologja.

Partenologja czyli nauka o chorobach narządu rodnego dziewic. JAYLE. Soc. Fr. de Gyn. 1933. r. z. 4.

Autor podał własny model wziernika, który umożliwia badanie ginekologiczne dziewic. Badania przeprowadzone od 1900 r. wykazały, że zmiany zapalne macicy i przydatków, owrzodzenia części pochwowej, zwężenia ujścia, zmiany położeń, jak również przerost lub zanik macicy zdarzają się wśród dziewic dość często. Wskutek niedokładnego badania większość przypadków zazwyczaj pozostaje nierozpoznana. Wszystkie te zmiany autor uważa za sprawy wrodzone, powstałe wskutek upośledzonej czynności jajników lub też wskutek jakichkolwiek zaburzeń w rozwoju poszczególnych tkanek, rzadziej przyczyną są bakterje.

W dyskusji Colanéri zwraca uwagę, że pałeczka okrężnicy jest częstą przyczyną upławów.

H. Newlińska (Lwów).

Macica podwójna, krwiak maciczny, zabieg, wyleczenie. COCHEZ. (Luxeuil-les-Bains). Soc. Fr. de Gyn. 1933 r. z. 3.

Przypadek dotyczy dziewczyny lat 14, miesiączkującej od roku, u której wykonano operację spowodu dużego guza wychodzącego z miednicy małej. Stwierdzono macicę podwójną, z których prawa jak również prawa trąbka były nadmiernie rozciągnięte przez krew. Macice stykały się ze sobą tylko w okolicy szyi. Wykonano nadpochwowe odcięcie prawej macicy. Pacjentka wyzdrowiała.

H. Newlińska (Lwów).

Chirurgiczne wyleczenie zmian położeń macicy w przeciągu 12 dni. SENECHAL (Paris). Soc. Fr. de Gyn. 1933 r. z. 4.

Sposób ten polega na wytworzeniu mocnego więzadła przed macicą ze złączonych więzadeł okrągłych i otrzewnej. Aby uniknąć recydywy, autor zaleca używać szwów jedwabnych. We wszyst-

kich przypadkach, w których chodzi o usunięcie wyrostka robaczkowego u kobiet, radzi robić cięcie w linji środkowej brzucha, gdyż wtedy wszelkie zmiany w narządach rodnych nie mogą być przeoczone.

H. Newlińska (Lwów).

Objawy kliniczne przerostu gruczołowego błony śluzowej macicy. ADLER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 90, z. 3—4.

Autor podaje obraz kliniczny Schröder'owskiej postaci przerostu gruczołowego błony śluzowej macicy oraz leczenie i rokowanie w tem cierpieniu. Wywody swoje oparł autor na 67-u przyp., w których dokładnie badano drobnowidowo wyskrobiny z jamy macicy. Wiek chorych wahał się w szerokich granicach, gdyż w zestawieniu autora znalazły się chore od 15-u do 60-u lat. Najczęściej jednak schorzenie to przypada na wiek przekwitaniowy (68,7% przyp.). Krwawienia, które towarzyszą tej chorobie i które stanowią najistotniejszy jej przejaw, przybierały najróżnorodniejsze postacie, i to niezależnie od obrazu drobnowidowego wyskrobin. W większości przypadków jednakowoż krwawienia zjawiały się po mniejszej lub dłuższej przerwie w miesiączkowaniu. Leczenie, jakoteż i rokowanie w dużej mierze zależą od wieku chorych. Najłatwiej poddają się leczeniu kobiety w okresie przekwitania. Skoro badanie drobnowidowe ustali w wyskrobinach istotę sprawy, należy chore poddać kastracji rentgenowskiej, która prawie zawsze prowadzi do wyleczenia. Również przypadki poklimakteryczne nie nastręczają żadnej trudności leczniczej. Zazwyczaj wystarcza tu prosta skrobanka. Najoporniej leczą się kobiety młode. Skrobanka często nie wystarcza. Stosowanie preparatów przysadki mózgowej, sporyszu, terapji białkowej, krwi ciężarnych, hormonu jajnikowego lub też naświetlania śledziony często zawodzą, albo dają tylko krótkotrwały efekt. I tu z natury rzeczy najlepszą metodą okazuje się usunięcie przerosłej błony śluzowej zapomocą wyłyżeczkowania macicy. Nierzadko należy zabieg powtarzać kilkakrotnie aż nastąpi długotrwały efekt. W każdym razie autor ani w jednym przypadku u kobiet młodych nie był zmuszony wycinać macicy, mimo że krwawienia raz po raz się odnawiały.

J. Lenczowski (Lwów).

O zmianach drobnowidowych w heterotopjach endometrjodalnych w czasie różnych faz cyklu miesiączkowego. J. SCHERESCHEWSKY. Arch. f. Gyn. T. 147, z. 3.

Autor omawia najpierw topografję i objawy kliniczne heterotopij endometrjodalnych, przeprowadza analogję czynnościową i morfologiczną pomiędzy tem cierpieniem a błoną śluzową macicy pod wpływem cyklu jajnikowego i podkreśla, że cierpienie to występuje tylko u kobiet po dojściu do dojrzałości płciowej, a po ustaniu czynności jajników również zwolna ustępuje. Autor obserwował jeden przypadek *adenomyosis recto-vaginalis* w czasie 2 cyklów miesiączkowych i podaje wyniki swych spostrzeżeń, odnośnie do zmian drobnowidowych w 7-miu fotogramach. W odstępach co 5—8 dni wykonywał wycięcia próbne i badał drobnowidowo. Stwierdził w obrazach tych nietylko różne fazy cyklu miesiączkowego, lecz również zmiany doczesne tkanki podstawowej bez równoczesnej ciąży. *K. B.* (Lwów).

Regeneracja błony śluzowej macicy po porodzie ze szczególnem uwzględnieniem miejsca łożyskowego. J. WHITRIDGE WILLIAMS (Baltimore, Md.). American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. XXII. Nr. 5.

Badania autora oparły się na następujących punktach:

1. Od czasu Friedländera przyjmuje większość autorów, że regeneracja błony śluzowej macicy, poza miejscem łożyskowem, jest zupełna już w trzecim tygodniu po porodzie.

2. W czasie pierwszych dwóch tygodni tego procesu nikt nie widział figur mitotycznych w nabłonku macicy.

3. Błona śluzowa szyi jest w istocie odnowiona pod koniec pierwszego tygodnia.

4. Większe charakterystyczne zmiany w miejscu łożyskowem mogą trwać latami, zwyczajnie jednak znikają one w sześć lub siedm tygodni po porodzie.

5. Nikt dotąd nie zajmował się drobnemi zmianami i ich znikaniem i nikt — z wyjątkiem Riesa — nie mówi o tem, że zatkane zakrzepami naczynia mogą ulec złuszczeniu zamiast resorbcji *in situ*.

6. Największe zamieszanie pojęć panuje w sprawie charakteru i początku zmian naczyniowych podczas ciąży i połogu.

7. Przyczyną wyżej opisanych niedokładności jest brak odpowiednio dobranego materjału.

Autor opiera się na badaniach drobnowidowych preparatów uzyskanych z 50 wyciętych macic, które natychmiast zanurzano do 10%-ej formaliny, a badania przeprowadzono w ciągu następnych 24-ch godzin. W ten sposób tylko można — zdaniem autora — uzyskać preparaty zadowalające pod względem histologicznym.

Wywody swe ilustruje autor 38 fotografjami, w powiększeniach od $^1/_2$ do 75 razy. Streścić je można następująco: Począwszy od 14-go dnia po porodzie, wnętrze macicy, z wyjątkiem miejsca łożyskowego, jest pokryte nabłonkiem, jakkolwiek może upłynąć więcej jeszcze dni zanim błona śluzowa zostanie odnowiona zupełnie. Ani zakażenie miernego stopnia, ani też zatrzymanie tkanek płodu po poronieniu nie powoduje różnic w tej odnowie. Błona śluzowa szyi ulega regeneracji zupełnej pod koniec pierwszego tygodnia, jakkolwiek głębsze tkanki mogą dłużej wykazywać nacieczenia krwią.

Zmiany w miejscu łożyskowem trwają naogół u kobiety zdrowej i po porodzie prawidłowym 6 do 7 tygodni. Najczęściej zmiany i regeneracja dokonywa się zapomocą złuszczania się, a nie przez resorbcję *in situ*. Świeża błona śluzowa rośnie od brzegów ku środkowi miejsca łożyskowego.

K. Wiślański (Lwów).

Doświadczalne badania nad wpływem insuliny na czynność jajników. P. ABEL (Ryga). Arch. f. Gyn. T. 147, z. 2.

Zespół faktów anatomicznych, klinicznych i doświadczalnych przemawia za wzajemną relacją narządu rodnego kobiety i trzustki. Anatomicznie: zmiany w komórkach Langhansa w ciąży. Klinicznie: ujemny wpływ ciąży i okresu przejściowego na cukrzycę, zmiany w gospodarce cukrowej ustroju w czasie menstruacji, po wytrzebieniu, brak miesiączki i przedwczesny okres przekwitania przy cukrzycy i t. d. Doświadczalnie: zależność działania insuliny od cyklu jajnikowego, wzmożenie jej działania pod wpływem folikuliny (Vogt), dodatni wpływ folikuliny na objawy cukrzycy, leczniczy wpływ insuliny na brak miesiączki i t. d.

Opierając się na powyższych faktach Vogt, Riddle, Castillo Migliavacca i i. badali wpływ insuliny na jajniki małych zwierząt. P. Abel rozszerzył te badania, przeprowadzając je na białych myszkach, świnkach morskich i królikach i stwierdził wybitny wpływ insuliny tak na cykl rujowy, jak i na same jajniki.

Pod wpływem małych dawek insuliny występuje przedłużenie *oestrus* aż do stanu „stałej rui"; w jajniku stwierdza się znaczną ilość rosnących pęcherzyków i stosunkowo mało ciałek żółtych.

W dalszem stadjum — po dłuższem (wielotygodniowem) stosowaniu większych dawek insuliny — następuje osłabienie objawów rui a przedłużenie okresów spoczynku, w jajnikach zahamowanie dojrzewania pęcherzyków a wybitny rozwój ciałek żółtych.

Na rozmaz z pochwy zwierząt trzebionych insulina nie wywiera żadnego wpływu, co przemawia za tem, że opisane powyżej zmiany w cyklu rujowym pod wpływem insuliny występują tylko za pośrednictwem jajnika.

Na jajniki zwierząt niedojrzałych insulina nie wywiera żadnego wpływu.

Taksamo nie sprowadza insulina, nawet długo i w dużych dawkach stosowana jałowości, wskutek czego nie nadaje się do wywołania t. zw. hormonalnej jałowości.

T. Wiczyński (Lwów).

Menstruacja wywołana hormonami jajnikowemi u skastrowanej kobiety. KAUFMANN (Berlin). Zbl. f. Gyn. Nr. 1. 1933.

Przypadek dotyczył młodej kobiety, u której przed 5 laty wycięto obustronnie jajniki spowodu torbieli tychże, która od tego czasu nigdy nie miesiączkowała. Kobieta ta po wstrzyknięciu jej ogółem 320.000 jednostek mysich progynonu i 90 jednostek hormonu ciałka żółtego otrzymała miesiączkę, przyczem w krwi miesiączkowej znaleziono strzępy błony śluzowej o charakterystycznych zmianach menstruacyjnych.

T. Paruch (Lwów).

W sprawie żywotności przeszczepionych jajników. JEANNENEY (Bordeaux). Soc. Fr. de Gyn. 1933, z. 4.

Aby się przekonać, czy i jak długo przeszczepiony jajnik działa, autor zaleca wstrzykiwać folikulinę. W przypadkach żywotności jajnika, po dwóch serjach zastrzyków można stwierdzić wyraźne powiększenie się jego oraz ustąpienie wszelkich objawów związanych z niedomogą jego czynności.

H. Newlińska (Lwów).

Przyczynek do poznania „folliculoma" jajnika („blastoma") typu Brennera. A. MANDELSTAMM (Charków). Arch. f. Gyn. T. 148, z. 2.

Opisany przypadek należy do bardzo rzadkich a jest tem ciekawszy, że kontrola przypadku rozciąga się na $8^1/_2$ lat.

Chora lat 26, *virgo*. Miesiączkuje od 13 r. ż. aż do choroby prawidłowo. Po gwałtownym ruchu nagle bóle w dole brzucha po stronie lewej, nudności, wymioty, temp. 38°. Wśród rozpoznania skrętu włókniaka macicy — laparotomja; usunięto skręcony o 360° guz jajnika wielkości jaja gęsiego. Przebieg gładki. W 1½ r. zamążpójście, ciąża i poród prawidłowy, dziecko żywe, donoszone. Przy dalszej kontroli — pacj. zdrowa, miesiączkuje prawidłowo.

Usunięty guz wielkości 8×5 cm z torebką 1—2 mm grubą, na przekroju żółty o utkaniu pasmowatem, twardy, bez jam i rozmiękczeń. Drobnowidowo: duże i bardzo liczne grupy komórek nabłonkowych ostro od podścieliska odgraniczone, okrągłe podłużne, lub nieregularne. Niektóre wykazują światło wypełnione jednolitą masą. Komórki wielokształtne z dobrem jądrem i pierwoszczą. Światło grup zwykle okrągłe, w niektórych tylko sterczy ku światłu nagromadzenie komórek — przypominające wzgórek jajkonośny lecz bez śladu komórki jajowej.

Opis powyższy odpowiada obrazowi *blastoma* typu Brennera, który od podobnych guzów typu Kahldena różni się tem, że w tym ostatnim grupy komórek nabłonkowych nie są wielowarstwowe, lecz składają się tylko z 2 warstw ułożonych dokoła tworów podobnych do komórki jajowej, czem przypominają pęcherzyki I-go rzędu, podczas gdy w typie Brennera utkanie tych grup przypomina pęcherzyki dojrzewające. W jednym i drugim grupy te otoczone są koncentrycznie ułożoną tkanką łączną.

Guzom typu Brennera towarzyszą często krwawienia i to nawet w *postclimacterium* a odnieść je należy do działania hormonalnego. Guzy Kahldena są złośliwe *(carcinoma folliculoides)*, podczas gdy kwestja złośliwości typu Brennera jest jeszcze otwartą ze względu na bardzo skąpą ilość przypadków dłużej kontrolowanych. *T. Wiczyński* (Lwów).

Całkowity zastój krwi w jajnikach wskutek zakrzepu żył jajnikowych. L. HASLHOFER. Arch. f. Gyn. T. 147. z. 3.

Przypadek dotyczy kobiety 29 letniej, u której rozpoznano ciążę trąbkową prawostronną. Obdukcja wykazała sprawę zapalną wnętrza macicy, przewlekłą sprawę zapalną w trąbce prawej, zakrzepy całego splotu żył w przymaciczach, żył macicznych, splotów jajnikowych i żył jajnikowych, co spowodowało całkowity zastój krwi obu jajników i lewego jajowodu.

K. B. (Lwów).

Leczenie świeżego wynicowania połogowej macicy adrenaliną. J. A. URNER (Minneapolis, Minn.). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn. XXV. 1. 1933.

U 25-letniej rodzącej wystąpił w 3-m okresie krwotok. Masowanie macicy doprowadziło ją do skurczu tak, że można było wykonać wyciśnięcie łożyska sposobem Credégo. W czasie usiłowań wystąpiło wynicowanie macicy wraz ze szokiem rodzącej. Po odklejeniu łożyska chciano reponować macicę, szyja jednak zwężała się tak znacznie, że stało się to niepodobieństwem. Ze względu na zły stan chorej wlano jej dożylnie 1500 cm³ płynu fizjologicznego i zastosowano środki nasercowe. W 14 godzin później, gdy stan zdrowia położnicy nie budził już zastrzeżeń, przystąpiono do odprowadzenia wynicowanej macicy w uśpieniu eterowem. Przedtem wstrzyknięto 0,5 cm³ adrenaliny. Po 6 minutach wystąpiło zwiotczenie szyi, która z 2 palców stała się drożną dla 4 palców. Dodano zatem powtórnie 0,5 cm³ adrenaliny. Zwiotczenie stało się jeszcze wyraźniejsze i odprowadzenie macicy nie napotkało na większe trudności. Po operacji przetoczono chorej 450 cm³ krwi. Po 12 godzinach usunięto gazę, a po 17 dniach chora opuściła szpital zdrowa. Autor jest przekonany, że powodzenie operacji zawdzięcza wyłącznie adrenalinie. *Wiślański* (Lwów).

Ostre objawy brzuszne spowodowane pęknięciem ciałka żółtego. W. R. PAYNE (Newport News, Va.). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn. XXV. 1. 1933.

Opis dwóch przypadków. W pierwszym rozpoznano przewlekłe zapalenie trąbki i torbiel lewego jajnika. Ze względu na silne bóle wykonano operację i znaleziono w jamie brzusznej i w jamie Douglasa około 200 cm³ płynnej krwi, obustronne chroniczne zapalenie trąbek i pęknięte ciałko żółte na lewym jajniku. Ponieważ również wyrostek robaczkowy wyglądał podejrzanie, wycięto go zatem wraz z obiema trąbkami i lewym jajnikiem. Dziesiątego dnia chora opuściła szpital zdrowa.

W drugim przypadku rozpoznano zapalenie ślepej kiszki i torbiel prawego jajnika. Operacja nie wykazała jednak zmian w ślepej kiszce pozatem, że wyrostek robaczkowy był nieco dłuższy. Prawy jajnik pokryty był licznemi torbielami, z których jedna była pęknięta. W zatoce Douglasa znaleziono około 120 cm³ krwi. Oprócz wyrostka wycięto więc również prawe przydatki i chora 12-go dnia opuściła szpital zdrowa.

Autor wskazuje na łatwe pomyłki rozpoznawcze w podobnych przypadkach i zwraca uwagę na brak zmian w obrazie cytologicznym krwi. *Wiślański* (Lwów).

Dostawanie się lipjodolu do żył jajnika i innych podczas uterografji. J. Ch. KILROE, A. M. HELLMAN (New York, N. Y.). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn. XXV. 1. 1933.

Autorzy podają dwa zdjęcia rentgenowskie, wykazujące dostanie się lipjodolu do żył jajnikowych i ściany macicy po uterografji u 30-letniej kobiety, leczącej się spowodu niepłodności. Jak wiadomo z doświadczeń Robina i Schapiry, na wyciętych macicach dzieje się to wówczas, gdy wprowadzenie lipjodolu odbywa się pod znacznem ciśnieniem, gdy istnieje uszkodzenie błony śluzowej macicy np. po wyskrobaniu macicy, a wreszcie skutkiem zwiotczenia i zwiększonej przepuszczalności ścian naczyń. W przypadku opisanym mogła zachodzić jedynie ostatnia ewentualność. *Wiślański* (Lwów).

Kostne schorzenia u kobiet naświetlanych promieniami Roentgena. PHILIPP (Berlin). Zschr. f. Gyn. z. 47, 1932.

Autor opisuje kilka przypadków złamań szyjki kości udowej u kobiet naświetlanych Roentgenem. Wykluczywszy przerzuty rakowe i inne schorzenia kostne wypowiada autor zdanie, że złamania nastąpiły wskutek odwapnienia kości spowodowanego Roentgenem, przyczem uszkodzenia kości wynikły wskutek przedawkowania promieni działających na boczne powierzchnie ud. *T. Paruch* (Lwów).

O pewnych zaburzeniach przemiany u kobiet dotkniętych nadmiernem uwłosieniem. URECHIA ET RETEZEANU (Cluj). Comp. Ren. d. Séan. de la Soc. de Biol. T. 111. Str. 1111. 1932.

W 9 przypadkach nadmiernego uwłosienia u kobiet znaleźli autorowie zaburzenia w przemianie węglowodanów i wapnia. A mianowicie wyższy od normalnego stopień ucukrzenia krwi, a zarówno i wyższy poziom wapnia we krwi. Natomiast fosfor, cholesterol i siarka (zarówno wolna jak i związana) nie przekraczają granic normalnych we krwi. *Hołobut* (Lwów).

Krwawienia po okresie przekwitania. A. E. KANTER, A. H. KLAWANS (Chicago Ill.). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. XXIV. 2. 1932.

Autorzy rozpatrując 98 przypadków krwawień, które wystąpiły po ustaniu już miesiączki, przekonali się o słuszności starej reguły, że krwawienia po okresie przekwitania należy uważać jako prawdopodobnie złośliwego pochodzenia. W rozpatrywanych bowiem przypadkach najczęstszą przyczyną krwawień był rak szyi, ciała macicy, pochwy lub jajników. W kilku tylko przypadkach przyczyną były mięśniaki, polipy i owrzodzenia o charakterze niezłośliwym. Związku pomiędzy typem krwawienia a rodzajem nowotworu wykryć nie było można, wyjąwszy typowe krwawienia dla włókniaków.

Wiślański (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 23 maja 1933 roku.

Kol. Wagner K. wygłasza odczyt p. t.: *„Wskazania i wartości lecznicze Heluanu w Egipcie"*.

Prelegent spędził 11 lat w Egipcie. Heluan jest to uzdrowisko klimatyczne i balneologiczne, posiada obfite siarczane zdroje. Jest to niewielkie miasteczko, 25 km na południe od Kairu, otoczone ze wszystkich stron pustynią. Ze względu na słońce, stopień ciepłoty i wilgotności powietrza cały rok w Heluanie może być podzielony na dwa okresy: zimowy od listopada do marca i letni od marca do listopada. Źródła Heluanu należą do grupy siarczanych cieplic, zawierają znaczną ilość siarkowodoru (0,054—0,059‰) i chlorowego sodu (4,8%), mają ciepłotę 32° służą do kąpieli, wziewań i dopiero Heluan posiada dobrze urządzony państwowy zakład kąpielowy, sanatorjum ludowe Fouada I, na 250 łóżek dla gruźliczych, instytut fizykalnych metod leczenia, sanatorjum Dra Glanza dla różnego rodzaju chorych, oprócz gruźliczych, dobrze urządzone hotele i pensjonaty.

Większość ludzi tak zdrowych, jak i chorych dobrze znosi letnie gorąca w Heluanie, wyjątek stanowią osoby, które wogóle

nie znoszą gorąca lub osoby nerwowo przeczulone; te ostatnie szczególnie źle reagują na chamsiny. Ze stanów chorobowych, dla których wskazany jest Heluan, na pierwszem miejscu stoją choroby nerek, a zwłaszcza ostre i przewlekłe nerczyce i kłębuszkowe zapalenie. Wysyłanie chorych nerkowych tylko na zimowe miesiące nie jest racjonalnem i powinno być zarzucone. Właśnie letnie miesiące mają najwięcej dodatni wpływ na chore nerki. Wędrówki do swojego kraju na lato powodują tylko szkodę dla zdrowia i niepotrzebnie przedłużają pobyt w Egipcie. Jako przykład prelegent przytacza przypadek jednego chorego, spostrzeganego przez siebie w ciągu kilku lat, u którego sprawa w nerkach zawsze się obostrzała po wyjeździe na lato do Polski. W marskości nerek można oczekiwać względnej poprawy tylko w lżejszych przypadkach. W zapaleniach miedniczek nerkowych i kamicy klimat Egiptu nie jest odpowiedni, gdyż utrata znacznej ilości wody w czasie pocenia się wpływa ujemnie na przepłókiwanie miedniczek. Gruźlica nerek, nie zadaleko posunięta, leczy się w Heluanie z powodzeniem, jeżeli niema znaczniejszych zmian w płucach.

Dla gruźlicy płucnej Heluan nie jest odpowiedni. Lżejsze przypadki poprawiają się wprawdzie w okresie zimowym. Letnie miesiące mogą być dla nich raczej szkodliwe szczególnie dla gorączkujących i cierpiących na krwioplucie. Dni chamsinowe mogą wywoływać niebezpieczne krwotoki płucne. Gruźlica stawów, kości, gruczołów chłonnych, otrzewnej, opłucnej nadaje się do leczenia w Heluanie i prelegent widywał dobre wyniki w tych schorzeniach, suchość i czystość powietrza wpływa korzystnie na przewlekłe nieżyty górnych dróg oddechowych z dużą wydzieliną, na rozstrzenie oskrzeli i przewlekłe ropnie płuc. Nieżyty nosa, gardła i ucha poddają się leczeniu w Heluanie szybciej niż gdzieindziej. Prelegent widywał dobre wyniki w tej postaci dychawicy oskrzelowej, która potrzebuje suchego powietrza i przytacza jeden tego rodzaju spostrzegany przez siebie przypadek, w szeregu wskazań Heluanu na wydatnem miejscu należy postawić choroby przewlekłe stawów, mięśni, nerwów obwodowych pochodzenia gośćcowego lub dnawego. Wysoka ciepłota i suchość powietrza w połączeniu z siarczanemi kąpielami dają wyniki bardzo zadawalające. Siarczane kąpiele w Heluanie znajdują także szerokie zastosowanie w różnorodnych schorzeniach skóry. Zimowy wyjazd do Heluanu ma często bardzo korzystny wpływ w pewnych czynnościowych zaburzeniach układu nerwowego, jak neurastenja, nerwice naczynioruchowe, wagotonja, sympatykotonja i t. d., a także u ludzi osłabionych, wyniszczonych, u ozdrowieńców po przebytych ciężkich chorobach i operacjach. Prelegent wspomina także o kilku przypadkach uporczywej zimnicy podzwrotnikowej, która znikała w Heluanie po 2—3 tygodniach.

Kol. Goldman M. wygłasza odczyt p. t.: „O zachowaniu się wapnia we krwi w złamaniach kości i w niektórych schorzeniach układu kostnego".

W rozprawach przemawiali: Kol. Dębicki K., Kryński L., Leśniowski A.

Odpowiadał: Kol. Goldman M.

Kol. Chodkowski K., Elektorowicz A. i Markert W. wygłaszają odczyt p. t. „Przyczynek do rozpoznawania guzów w klatce piersiowej".

Przedstawiono przypadek, który klinicznie i rentgenologicznie posiadał cechy nowotworu płuc, a sekcyjnie stwierdzono tętniaka tętnicy głównej. Omówiono diagnostykę różniczkowań tego przypadku na zasadzie objawów klinicznych i zdjęcia rentgenowskiego i pokazano preparat sekcyjny.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 30 maja 1933 roku.

Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Drze Wacławie Goździckim.

Kol. Sabatowski A. wygłasza odczyt p. t.: „Morszyn, jego rozwój, produkty i ich działanie oraz wskazania lecznicze".

Zdrojowisko Morszyn, istniejące przeszło 50 lat, dopiero w ostatnich latach weszło na drogi rozwoju. Udoskonalona produkcja soli gorzkiej i wody gorzkiej oraz wody stołowej („Morszynki") stanowi trwałe wzbogacenie majątku narodowego i wypiera skutecznie produkty zagraniczne. Dokonana w r. b. rozbudowa zdrojowiska, oparta o wzorową kanalizację i rozszerzenie wodociągu, ma w wyniku wielki, nowoczesny zakład kąpielowy, pijalnię wód, rozległy park angielski, kościół, oświetlenie elektryczne i kilkanaście piętrowych pensjonatów komfortowych. W planie jest budowa pływalni pod otwartem niebem z plażą piaskową i boiskami sportowemi. Morszyn ma już dziś 12 lekarzy, aptekę, laboratorjum analityczne, Roentgena i t. d. Równolegle z rozbudową techniczną idzie opracowanie naukowe środków leczniczych zdrojowiska. W ostatniem dziesięcioleciu ukazuje się 17 prac poświęconych w całości lub w części Morszynowi, w tem 8 prac doświadczalnych i klinicznych, poświęconych działaniu rodzimej solanki gorzkiej i przekrystalizowanej wody gorzkiej na żołądek, dwunastnicę, wątrobę i drogi żółciowe oraz na procesy gnicia jelitowego i związane z tem zjawiska. Oparte na tych pracach wskazania lecznicze Morszyna obejmują przypadki niedokwaśności żołądka, nadkwasoty pochodzenia jelitowego (gnicia) i zwrotne z zaburzeń dróg żółciowych, niedomogę wątroby, kamicę żółciową, zaparcie jelitowe, guzy krwawnicze, hipertonję, otyłość, skazę moczanową. W połączeniu z leczeniem kąpielowem (solanki i borowina) wskazany jest Morszyn w schorzeniach gośćcowych, rwie kulszowej, gośćcu dnawym i przewlekłych sprawach zapalnych jamy brzusznej i miednicy małej. W toku będące badania przemawiają za skutecznością wód morszyńskich w kamicy nerkowej i schorzeniach miedniczek nerkowych. Dzięki wielkim zasobom zdrojowym i rozległości wolnych jeszcze obszarów, Morszyn ma wielkie widoki wejścia w poczet największych zdrojowisk krajowych.

Rozprawy: Kol. Węgierko J. (czł. T-wa) — przypomina, że przed 2-ma laty przeprowadzał badanie nad wykrystalizowaną solą morszyńską. Stwierdzał jej działanie choleretyczne u zwierząt pozbawionych pęcherzyka żółciowego. Działanie choleretyczne w pracach dotychczasowych było mało uwzględniane. Działanie choleretyczne jest bardzo trudne do uzyskania i inne wody mineralne działają choleretycznie jedynie wówczas, gdy są podane gorące, gdy tymczasem woda morszyńska wywiera to działanie już na zimno. Równocześnie zasługuje na uwagę jej działanie moczopędne. Dotychczasowe poglądy były tego rodzaju, że cholerezę uważano za funkcję odwrotną do diurezy. Poza solą kol. W. podawał serjowo przez 3 tygodnie wodę morszyńską, stwierdzając większe różnice po podawaniu wody gorącej.

Kol. Orłowski W. (czł. T-wa) — podkreśla, że kryzys wpłynął na zmniejszenie się ilości wyjazdów do uzdrowisk zagranicznych. Część lekarzy praktykujących zagranicą osiedla się obecnie w Polsce. Uzdrowiska polskie powinny ten moment wykorzystać, toteż praca w kierunku przeprowadzenia ulepszeń w Morszynie jest bardzo chwalebna. Należy jednak zwrócić pilną uwagę na dietetykę, zwłaszcza że większość kuracjuszy morszyńskich, to chorzy z nieprawidłową przemianą materji. Kuracjusze morszyńscy skarżą się, że niema tam co jeść. Należy również więcej dbać o stan dróg.

Kol. Offenberg J. (członek T-wa) — zastanawia się, czy przetwórstwo wody ze źródła Bonifacego dostatecznie wykorzystuje jego wartości lecznicze. Woda gorzka była pomyślana w ten sposób, aby przez jej stosowanie uzyskać efekt rozwadniający. Osiągano to przez zwiększanie zawartości soli glauberskiej, przyczem nie zwrócono uwagi na szereg innych składników, których ilość niekiedy znacznie obniżono. Chlorek magnezu posiada działanie wielostronne, poza działaniem przeczyszczającem wywiera wpływ na florę kiszkową, działa żółciopędnie i wywiera działanie na sok trzustkowy. Jest to środek, którego nie należy lekceważyć, tymczasem zaś ilość jego doprowadzono do minimum. W pracach i komunikatach za mało jest uwzględniona różnica pomiędzy wodą gorzką, a wodą ze źródła Bonifacego.

Kol. Sabatowski A. — wyjaśnia, że zarzuty dotyczące dietetyki zostały uwzględnione. Lekarz zdrojowy ma wykształcenie dietetyczne i będzie czuwał nad tą sprawą. Była poruszana kwestja wypuszczenia solanki morszyńskiej w stężeniach ustalonych na podstawie badań kol. Offenberga. W obecnych ciężkich czasach trudno się na to zdecydować. Wypuszczając na rynek sól morszyńską dążono do wyparcia soli karlsbadzkiej i soli węgierskich. Co do urządzenia samego uzdrowiska — postarano się o lepsze oświetlenie elektryczne, uporządkowano ścieżki i t. d. Dużo się mówi o wilgotności Morszyna. Rzeczywiście dawniej, na niżej położonych terenach prywatnych bywały duże skupienia wód stojących. Dzisiaj na tych miejscach osuszonych stoją pensjonaty. Zakład dąży do utworzenia wzorowej fermy na posiadanym folwarku, skąd byłyby dostarczane produkty do Zakładu i pensjonatów.

Kol. Grycewicz M. i Gorecki Zdz. wygłaszają odczyt p. t.: „Badania kliniczne nad odpornością naczyń włoskowatych skóry".

Autorowie omawiają przyrząd do oznaczania odporności naczyń włoskowatych skóry, składający się z bańki o 2 cm średnicy, połączonej gumową rurką z naczyniem A, zawierającem rtęć. Naczynie A połączone jest znowu gumową rurką z naczyniem ruchomem B (na statywie) w ten sposób, że zapomocą podnoszenia i opuszczania naczyńka B wytwarza się ujemne ciśnienie w bańce, ustawionej na skórze badanego. Z poziomu rtęci w obu naczyniach (A i B) można odczytać wielkość ciśnienia ujemnego.

Badania, dokonane tym przyrządem u przeszło 100 osób, wykazały słuszność badań Leszczyńskiego i późniejszych Menglera, że skóra różnych okolic ciała posiada różną wrażliwość, t. j., że

dodatni objaw bańki (wybroczyny) występuje przy różnych ciśnieniach (przy zachowaniu zawsze tego samego czasu trwania bodźca). Według badań autorów najwrażliwszą jest skóra tułowia, potem ramion, najmniej nóg. Następnie autorowie przeprowadzili badania na przedramieniu, w okolicy łokciowej u ludzi zdrowych i chorych i przekonali się, że w tem miejscu występuje odczyn dodatni u ludzi zdrowych dopiero poniżej 30 cm Hg (między łopatkami 20 cm Hg.).

Objaw bańki pozwala na ścisłe miareczkowanie bodźca naskórnego i na stosowanie go na każdej okolicy skóry ciała, czem przewyższa objaw opaskowy, od którego różni się też mechanizmem powstawania. W celu porównania wyników, uzyskanych u różnych osobników należy uwzględnić okolicę skóry, na której dokonano badania.

Rozprawy: Kol. Landsberger. Od 2 lat pracuję na oddziale Dr. Starkiewicza nad odpornością naczyń włoskowatych skóry w chorobach wewnętrznych. Posiłkuję się metodyką aspiracyjną. Badania dokonywam stale na obu przedramionach, na każdem w 2 miejscach w odległości 4—5 cm od przegubu łokciowego i pod przegubem. Bańka o świetle 3.5 cm jest połączona zapomocą rurki w kształcie litery T z manometrem rtęciowym i aspiratorem. Przed badaniem brzegi bańki omaszcza się wazeliną. Aspirując powietrze z bańki, poszukuję najmniejszego ciśnienia, o które należy zmniejszyć ciśnienie w bańce, aby ściśle w ciągu jednej minuty wystąpił w skórze najsłabszy odczyn w postaci 1—2 lub kilku drobnych wybroczynek, oglądanych (i często wyszukiwanych) po minucie zapomocą lupy. To najmniejsze ciśnienie, odczytywane na manometrze w cm słupa rtęci, jest miernikiem odporności włośniczek skóry w moich badaniach.

Wyniki: 1) W przypadkach normalnych, u kobiet w okresie międzymiesiączkowym, stwierdzałem odporność 10—13, u mężczyzn 15—18.

2) w chorobie Basedowa, w powolnem zapaleniu wsierdzia, w małopłytkowości samoistnej odporność była stale zmniejszona (7—8). W tych cierpieniach, w mniej posuniętym okresie choroby lub w niewyraźnym zespole objawowym badanie odporności włośniczek może mieć wartość pomocniczą dla rozpoznania;

3) dość często stwierdzałem zmniejszoną odporność włośniczek skóry w ostrem gośćcowem zapaleniu wsierdzia, w okresie przekwitania u kobiet i w nadciśnieniu samoistnem w tymże okresie;

4) zwiększoną odporność włośniczek skóry stwierdzałem w 2-ch przypadkach raka żołądka i wątroby u kobiet;

5) w większości przypadków przeze mnie zbadanych, w wielu cierpieniach wewnętrznych, odporność włośniczek skóry była prawidłowa.

Odpowiadał: Kol. Grycewicz M.

Wice-Prezes: *Zdzisław Sławiński.*
Zastępca Sekretarza Dorocznego: *M. Kruszówna.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 czerwca 1933 roku.

Kol. Higier H. (czł. T-wa) pokaz chorej z „Meningitis serosa chronica".

U osoby młodej lat 24-ch, nieobarczonej dziedzicznie, bez anamnezy przymiotowej, gruźliczej i alkoholowej rozwija się stopniowo w ciągu kilku miesięcy bez wiadomej przyczyny obraz kliniczny dosyć poważny i podejrzany: narastające dokuczliwe bóle głowy, zwłaszcza po stronie lewej, z nudnościami, wymiotami, napadowem omdleniem, bezsennością; chód powolny, niepewny, niezborny z padaniem w tył, dwojenie, ślepota przelotna obok stale postępującego osłabienia siły wzroku. Wielokrotne badanie na dwóch oddziałach szpitalnych stwierdza obok powyższych zjawisk: zwolnienie i wahanie częstości tętna (48—90), bolesność uciskową lewej kości ciemieniowej, niedowład i ataksję prawej ręki, hipestezję obu dłoni i stóp na dotyk, ból i ciepło, astereognozję tamże, hemiparezę lewej połowy ciała włącznie z twarzą, dwojenie dwu- i jednooczne, arefleksję obu rogówek, obustronną tarczę zastoinową, kilkunastodniową polidipsję. W toku wielomiesięcznej choroby bezgorączkowej notowano: po napadzie omdlenia, hemiparezę przemijającą prawej strony, w dwa tygodnie później drgawki prawej nogi i t. zw. *sécousses électriques* lewej nogi. Nie stwierdzono zaburzeń w napięciu mięśni, w odruchach skórnych, okostnych i ścięgnowych, w czynności słuchowej i w typie menstruacyjnym. Mocz prawidłowy, krew bez zmian patologicznych, Pirquet słabo dodatni, odczyn Wassermanna ujemny. Częste poprawy krótkotrwałe przy stale ujemnym radjogramie czaszki i niezależnie od dwukrotnie rozpoczętego i przerwanego leczenia swoistego oraz naświetlań Roentgenem. Rozpoznanie brzmiało: *tumor cerebri* bez pewnego umiejscowienia i pewnego podłoża. Postanowiono wykonać dekompresję lub operację radykalną w okolicy lewego ciemienia. W 6 miesiącu choroby stale postępującej stan pacjentki stopniowo i niespodziewanie zaczął się poprawiać i w ciągu miesiąca chora wyzdrowiała prawie zupełnie. Poprawa trwa już blisko rok, pomijając tu i ówdzie zjawiającą się *amblyopia fugax* z następczem kilkuminutowem dwojeniem bez bólu głowy. Higier rozpoznaje t. zw. *pseudotumor cerebri* a za podłoże jego uważa *meningitis serosa chronica essentialis,* cierpienie bardzo rzadkie, nie przez wszystkich neurologów uznawane.

Kol. Bronowski Sz. (czł. T-wa) wygłasza odczyt p. t.: „O regeneracji, czyli odnowie tkanek i narządów ustroju ludzkiego, ze stanowiska przeważnie klinicznego".

Ogólne wnioski na dociekaniach Carell'a oraz na doświadczeniu klinicznem autora oparte:

1) Regeneracja czyli odnowa tkanek i narządów możliwa jest tylko przy zachowaniu warunków ukrwienia, odżywiania i unerwienia odnośnych obszarów. Dlatego, zapewne, niemożliwą jest regeneracja czyli odrastanie kończyn, pełnych narządów, większych obszarów tych narządów i tkanek.

2) Energja życiowa od zapłodnienia jaja kształtująca i kierująca sprawami regeneracji a z zarodku ustrojowego pochodząca, słabnie ku starości aż do zupełnego jej wygaśnięcia.

3) Oprócz energji życiowej warunkują sprawę wzrostu jak również i sprawę regeneracji nadto zewnętrzne i wewnętrzne warunki bytowania ustroju. Do pierwszych t. j. do warunków zewnętrznych zaliczamy wpływy atmosferyczne, klimatyczne, warunki usłonecznienia, mieszkaniowe, bezpieczeństwa i t. p.; a do wewnętrznych — sprawy odżywiania, oddziaływanie na czynniki szkodliwe, zadziałania czynników psychicznych i t. p.

4) Walka z czynnikami zakaźnemi, czyli wszelkie choroby zakaźne oraz zaburzenia psychiczne w przebiegu swym obniżają bieg regeneracji.

5) Dłuższe leżenie w łóżku oraz spokój fizyczny i psychiczny są warunkami niezbędnemi nieraz dla odnowy tkanek i narządów.

6) Umiarkowany klimat górski, oraz morski przy warunkach obfitego usłonecznienia zdaje się najbardziej sprzyjać sprawom regeneracji.

7) W odżywianiu zupełnie zaspakajającem potrzeby bytowania ustroju nie powinno brakować witamin, a zwłaszcza owoców klimatu południowego.

8) Nasilenie spraw regeneracji winno być w stosunku prostym do nasilenia prawidłowej przemiany materji ustroju; również należy zgóry przewidywać duże różnice osobnicze w zależności od rasy, klasy społecznej i t. p.

Rozprawy: Kol. Michalski Z.

Temat poruszony przez prelegenta zwraca myśli ku średniowiecznym marzeniom nad poszukiwaniem eliksiru życia.

Najniewątpliwiej w współczesnem świecie lekarskim zbyt zakorzenione są poglądy o niemożliwości wszelkiej poprawy klinicznej w sprawach chorobowych, w których dochodzi do zwyrodnienia tkanek. Poglądy te, które rozwinęły się pod przemożnym wpływem anatomji patologicznej, na skutek coraz częściej spotykanych spostrzeżeń klinicznych, tak cytowanych przez prelegenta, jak i wielu innych, będą jednak musiały ulec pewnej rewizji.

To co prelegent nazywa siłą życiową, a co ja zwę poprostu wolą wyzdrowienia, najniewątpliwiej ma pierwszorzędne znaczenie w naszem leczeniu. O ile woli tej nie ma chory — musi mu jej udzielić lekarz i w wielu przypadkach umiejętna sugestja jest przecież tajemnicą powodzeń, tak wziętych praktyków, jak i pospolitych znachorów.

Wpływ psychoterapji tak bezpośredniej, jak i pośredniej rozciąga się nawet na takie cierpienia, które, wydawałoby się, nie mogą bezwzględnie podlegać wpływom psychicznym. Mówca przytacza przypadek nowotworu złośliwego wychodzącego z narządów rodnych, gdzie badanie histologiczne stwierdziło raka gruczolakowego. Mimo iż ostatni zabieg operacyjny zasadniczo nie udał się i część nowotworu pozostała, chora, przed którą umiejętnie skryto przyczynę choroby, żyje już pięć lat w dobrym stanie zdrowia. W innym przypadku, gdzie chory w stanie niezłym — wypadkowo dowiedział się o istnieniu nowotworu złośliwego, momentalnie nastąpiło gwałtowne pogorszenie.

Oczywiście w innych cierpieniach ze skłonnością samoistną do poprawy jak naprz. w gruźlicy, jak w cytowanej przez prelegenta, dusznicy bolesnej — wpojenie w chorego przekonania o możności powrotu do zdrowia ma jeszcze większe znaczenie.

Kol. Sobieszczański L. R. Głodowanie działa odmładzająco, więc regeneruje schorzałe tkanki. Guelpa doświadczalnie dowiódł u chorych z rozstrzenią tętnicy głównej leczniczego działania metody głodowej; po głodówce aorta zmniejszyła się znacznie, więc zwyrodniałe komórki odzyskiwały utraconą elastyczność. Zapewne zachodziły tu procesy bio-chemiczne: zmiany odczynu ustroju, tak ważnej dla leczenia, jak to dowiedli Sézary i Barbé przy stosowaniu przetworów arsenowych w kile. Doświadczenia o cofaniu się procesów chorobowych w tętnicach prze-

prowadził twierdząco przed 50 laty jeden ze słynnych klinicystów polskich, zdaje się, Dunin.

Kol. Bronowski Sz. (czł. T-wa) — współczesna medycyna kształtowała się na anatomji patologicznej. Wyniki otrzymywane na sekcji nie mogą odtworzyć tego, co się działo w ustroju żywym. Medycyna naukowa i praktyczna winna zmienić kierunek, zwracając się w stronę psychoterapji. Dziś w medycynie przejawia się większy optymizm, należy jednak się strzec, aby nie wpaść w szarlatanerję.

Kol. Świątecki Jan wygłasza odczyt p. t.: „O wpływie mocznika na naczynia i serce". Z szeregu doświadczeń na żabach, psach i kotach doszedł do wniosku, że mocznik wzmaga akcję serca, nie wpływając jednak widocznie na ciśnienie krwi, gdyż naczynia obwodowe jednocześnie się rozszerzają; mocznik jest fizjologicznym bodźcem dla układu naczyniowego i regulatorem krążenia krwi.

W rozprawach przemawiał Kol. Bronowski.

Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*
Zastępca Sekretarza Dorocznego: *M. Kruszówna.*

Sprawozdanie z działalności Związku Lekarzy w Szczawnicy za sezon w r. 1933.

Związek Lekarzy w Szczawnicy został założony dla obrony interesów lekarzy, krzewienia i pogłębiania wiadomości medycznych zwłaszcza w zakresie balneologji i balneoterapji, a przez to ujednostajnienia leczenia, jakoteż, podniesienia Szczawnicy na poziom uzdrowiska zachodnio-europejskiego.

W jednym i drugim kierunku rozwinął Związek żywą działalność. Posiedzeń Związku było w sezonie letnim ośm, na których omawiano wyczerpująco aktualne problemy Szczawnicy i wygłoszono trzy referaty: 1) „Patogeneza i leczenie astmy" przez Dra Kochlöffela, 2) „Stosowanie wodolecznictwa metodą Dra Żniniewicza", 3) Rozpoznanie i leczenie tyreotoksykoz", przez Dra Wernera, nadto ogłosili koledzy szereg artykułów propagandowych w czasopismach zawodowych.

Celem intensywnej pracy dla Szczawnicy, Związek wchodził w kontakt z Komisją Zdrojową, z właścicielem zdroju, i Związkiem Właścicieli Will i Pensjonatów.

Związek interwenjował skutecznie w Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie i w Starostwie w Nowym Targu. JWP. Dr. Kwaśniewski wojewoda krakowski, zawsze życzliwie ustosunkował się do postulatów Szczawnicy, a Związku w szczególności. Powiększenie ilości funkcjonarjuszy Policji Państwowej, ostateczne ustalenie stacji autobusowej poza obrębem Zdroju, to owoc zabiegów Związku dla dobra kuracjuszy. Dzięki kilkakrotnej interwencji Związku, właściciel Szczawnicy przecież rozpoczął budowę nowoczesnego inhalatorjum z kamerami pneumatycznemi i t. d.

Wychodząc z założenia, że gospodarka pensjonatów niejednokrotnie decyduje o wyniku leczenia, Związek Lekarzy podjął się współpracy z właścicielami pensjonatów. Dr. Kochlöffel wygłosił odczyt: „Dietetyka w uzdrowiskach". Jest nadzieja, że problem kuchni dietetycznych znajdzie w Szczawnicy już w sezonie przyszłym swoje rozwiązanie, ku zadowoleniu kuracjuszy i dla dobra samej Szczawnicy.

Na posiedzeniach Związku Koledzy niejednokrotnie wypowiadali się, iż Szczawnica nie nadaje się dla daleko posuniętej gruźlicy i z zadowoleniem stwierdzono, że ilość gruźlicy leczonej w ostatnich latach w Szczawnicy jest minimalna. Związek mając na oku naukowe uzasadnienie wprost cudownego działania przyrodolecznictwa Szczawnicy, ustanowił sekcję naukową, do współpracy której zaprosił szereg lekarzy i instytucyj.

Celem ustalenia komunikacji samochodowej (stałej) do Szczawnicy od końcowych stacyj kolejowych, Związek interwenjował w Dyrekcji Kolejowej w Krakowie i jest nadzieja, że w przyszłym sezonie zostaną uruchomione samochody pod zarządem P. K. P.

Na walnem posiedzeniu odbytem dnia 19 sierpnia b. r. wybrano po raz trzeci prezesem: Dra Kochlöffela, zastępcą prezesa: Dra Wernera, sekretarzem: Dra Heftla, skarbnikiem: Dra Laskowskiego, a Dr. Kotarską, jako członka wydziału.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania naukowego z dnia 19 października 1932 roku.

1. Kol. Nasiłowski przedstawia dziewczynkę 4-letnią *z obrzękłą okolicą stawu kolanowego na tle gruźliczem.*

W dyskusji: Kol. Trawiński wskazuje na typowość sprawy gruźliczej w tym przypadku.

2. Kol. Kozłowski demonstruje pacjenta *po operacji zaćmy przy odczepieniu siatkówki,* podając, że odczepienie siatkówki zazwyczaj powoduje utratę wzroku w chorem oku. Bardzo mały procent daje się wyleczyć. Przeważnie w kilka miesięcy po odczepieniu siatkówki następuje zaćma wskutek upośledzonego odżywiania soczewki oraz zrosty tęczówki z soczewką tak, że wytwarza się zrośnięta zaćma i V = O.

Operacji usunięcia zaćmy przy odczepieniu siatkówki zazwyczaj nie wykonuje się, po pierwsze spowodu obawy wypadnięcia ciałka szklistego (które w wypadkach odczepienia siatkówki bywa płynne) podczas iridektomji i wyciskania zaćmy, a po drugie spowodu obawy przed zapadnięciem rogówki i niemożności zrośnięcia ranki w rogówce. Toteż szanse na pomyślny wynik operacji są małe. Prelegent już kilka razy wykonywał zabieg operacyjny przy odczepianiu siatkówki z wynikiem dobrym. Przedstawiony obecnie pacjent lat 18 miał krótkowzroczność w obu oczach koło 18 D.

Nie poddał się operacji usunięcia przeźroczystych soczewek (chorych po takiej operacji demonstrowała Kol. Konopkówna).

Przed 4 laty nastąpiło odczepienie siatkówki w lewem oku, potem zaćma zrośnięta i oczywiście V = O.

Mniejwięcej 2 lata temu po urazie nastąpiło w oku prawem odczepienie siatkówki. Leczenie powstrzymało zwiększenie odczepienia się, ale powstała zaćma.

Prelegent wykonał operację usunięcia zaćmy. Po operacji w przeciągu 4-ch dni białkówka w górnej części gałki ocznej zapadła się, ale brzegi ranki twardówki zrosły się i stopniowo gałka oczna wypełniła się i białkówka przyszła do normy; zostały małe resztki zaćmy lecz chory obecnie sam chodzi, a nawet po trochu pracuje.

3. Kol. Trawiński pokazuje chorego lat 30, w 3 miesiącu po *resekcji jelita cienkiego,* której dokonano spowodu guza, usadowionego mocno na krezce. Guz ten poprzednio nie dawał żadnych objawów i niepokoił chorego tylko swą obecnością, gdyż sam chory łatwo go wyczuwał poprzez ścianę brzucha.

Podczas operacji okazało się, że był to twór okrągły, wielkości mandarynki, siedzący u podstawy krezki. Innych zmian patologicznych nie stwierdzono. Ponieważ w żaden sposób nie dało się oddzielić guza bez ewentualnie rozległego uszkodzenia naczyń — dokonano resekcji odpowiedniego odcinka jelita, zabierając wraz z guzem krezkę w postaci trójkąta.

Końce jelita połączono ze sobą w sposób t. zw. aseptyczny (bez otwierania światła jelita) „koniec do końca". Nastąpiło wyzdrowienie.

Badanie anatomo-patologiczne guza pokazało, że guz, otoczony torebką łączno-tkankową, składa się z mas zserowaciałych, są to prawdopodobnie gruczoły limfatyczne schorzałe gruźliczo.

Obecnie pacjent powrócił do pracy i zdrów zupełnie, wypróżnienia regularne.

W dyskusji nad przypadkiem Kol. Trawińskiego: Kol. Puterman dowiaduje się, czy nie byłoby się udało przez uprzednie zbadanie cząsteczki guza bliżej zapoznać się z jego charakterem i uniknąć niemało ważnej operacji usunięcia dość znacznego odcinka jelita normalnego, — operacji, zdaniem mówcy, nieobojętnej dla ustroju, ze względu na wieloraką czynność jelita cienkiego, jak trawienie, wchłanianie, perystaltyka, własności obronne, funkcja hormonalna.

Jak się bowiem po zabiegu okazało, guz krezki był pochodzenia gruźliczego. A wszak wiadomo, że twory gruźlicze jamy brzusznej ulegają nieraz samoistnemu zanikowi, prawdopodobnie pod wpływem powietrza, dostającego się do jamy brzusznej podczas jej otworzenia.

Głos zabierali jeszcze Kol.: Ryder, Suchodolski oraz Kotarski.

4. Kol. Welfe demonstruje kliszę rentgenologiczną z *foramem intratrochleare — z kością trzeszczkową wewnątrz.*

Kol. Trawiński, nawiązując do referatu Kol. Wierzbickiego z poprzedniego zebrania, apeluje do prelegenta, by swój referat podał do druku.

5. Kol. Zamieński wygłasza *sprawozdanie z oddziału odmy sztucznej w szpitalu Sieleckim za rok 1931,* ilustrując je bardzo dokładnie tablicami statystycznemi.

W dyskusji, w której poruszano sprawę większego wykorzystania łóżek, sprawę stosowania terapji wapnia, centralizowanie wypadków gruźlicy — zabierali głos: Kol. Ryder, Sokołowski, Osiński, Molicki, Wołkowicz, Witkowski i Suchodolski.

Sekretarz: (—) *Dr. F. Sztuka.*
Prezes: (—) *Dr. K. Suchodolski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Prof. dr. Antoni Cieszyński, kierownik kliniki stomatologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie i dr. Józef Jarząb, kierownik Polikliniki stomatologicznej w Poznaniu zostali zamianowani honorowymi członkami Międzynarodowego Komitetu Stomatologów przez Międzynarodową Akademję Stomatologiczną w Nowym Jorku.

Setna rocznica śmierci Jędrzeja Śniadeckiego, która przypada w roku 1938, była tematem omawianym na sekcji chemji XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu. Uchwałą zebrania plenarnego Zjazdu wyłoniono Komitet, który zająć się ma godnem uczczeniem zbliżającej się rocznicy.

XXXV-lecie pracy naukowej prof. Jana Mazurkiewicza. Oddział Warszawski Polskiego Tow. Psychjatrycznego urządził w dniu 25 października uroczyste posiedzenie ku uczczeniu 35-lecia pracy naukowej prof. Jana Mazurkiewicza. Na posiedzeniu tem wygłosili przemówienie przewodniczący Oddziału Pol. Tow. Psych. dr. Handelsman, następnie doc. dr. Łuniewski i adjunkt Kliniki Psychjatrycznej U. W. dr. R. Dreszer. Prof. S. Borowiecki z Poznania wygłosił odczyt p. t.: *„W sprawie założeń psychologji dla medyków"*.

Zmarli.

Dr. Henryk Kłuszyński, długoletni lekarz naczelny Związku Kas Chorych, zasłużony lekarz-społecznik, — zmarł 16. X. 1933 r. w Warszawie.

Dr. Wład. Meidinger, znany ftizjolog i dyrektor Domu Zdrowia Związku Kas chorych zmarł 14. X. 1933. w Bystrej na Śląsku.

Dr. Guirard Jan, ginekolog, ur. w 1861 roku, zmarł w Warszawie dnia 15 października b. r.

Dr. Edmund Wojtowicz zmarł w Krakowie.

Prof. Pietro Castellino, dyrektor kliniki uniwersyteckiej w Neapolu.

Od Redakcji. W numerze 42. P. G. L. wskutek omyłki drukarskiej wydrukowano mylnie nazwisko autorki sprawozdania z Międzynarodowego Zjazdu Pedjatrycznego. Powinno być mianowicie: Dr. H. Wasilkowska-Krukowska a nie: Dr. H. Wańkowska-Krukowska.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Posiedzenie naukowe T-wa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 17 października 1933 r. 1) Laskowski J. Rutkowski J. Dwa przypadki guzów, wychodzących z tarczyc dodatkowych. 2) Fidler A. Studja nad zachowaniem się niektórych katjonów we krwi ze szczególnem uwzględnieniem przewlekłej niewydolności krążenia. 3) Chmielewski J. Leczenie gośćca i nerwobólów szczepionkami metodą Ponndorfa oraz wstrzykiwaniami siarki koloidalnej.

Z Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego. Doroczne posiedzenie Zarządu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, którego przewodniczącym jest obecnie Prof. Nolen (Holandja) odbyło się w Paryżu w dniu 22 lipca r. b. z udziałem przedstawicieli 14 krajów, członków Związku. Datę następnego Międzynarodowego Zjazdu, który ma się odbyć w Warszawie, ustalono na dnie 4, 5 i 6 września 1934 r. Na porządku dziennym postawiono następujące trzy tematy, wybrane spośród tematów zgłoszonych przez poszczególne kraje: Temat biologiczny: „Zmienność biologiczna zarazka gruźliczego", ref. Prof. L. Karwacki (Polska). Temat kliniczny: „Postacie gruźlicy kostno-stawowej i ich leczenie", ref. Prof. Putti (Włochy). Temat społeczny: „Wykorzystanie poradni w leczeniu gruźlicy", ref. Prof. L. Bernard (Francja). Nadto odbędzie się odczyt M. J. A. Kingsbury (Stany Zjednoczone) na temat „Dodatkowe metody walki z gruźlicą w okręgu wiejskim o niskiej umieralności z gruźlicy". W myśl precedensu przyjętego na zjazdach w Oslö i w Hadze, będzie wyznaczonych po 10 koreferentów z różnych krajów do każdego z powyższych tematów.

Komunikaty.

III. Kurs odmy leczniczej. Polski Związek Przeciwgruźliczy organizuje z poparciem Departamentu Służby Zdrowia (Min. Opieki Społecznej) i Wydz. Lekarskiego U. W. miesięczny kurs odmy leczniczej dla lekarzy. Obecny kurs trwać będzie od dn. 20 listopada do 21 grudnia b. r. i uwzględni przedewszystkiem studja praktyczne w szpitalu i sanatorjum oraz w poradniach przeciwgruźliczych, gdzie każdy ze słuchaczów będzie miał możność dokładnego zaznajomienia się z techniką zakładania odmy. Nadto kurs obejmie 18 godz. wykładów teoretycznych o odmie sztucznej i jej powikłaniach oraz o walce społecznej z gruźlicą. Podania o przyjęcie na kurs należy nadsyłać najpóźniej do dnia 10-go listopada b. r. do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Chocimska 24 (gmach Państwowej Szkoły Higjeny). Do podania należy dołączyć: 1) curriculum vitae oraz 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs. Z ukończenia kursu wydane będzie każdemu ze słuchaczów odpowiednie zaświadczenie. Opłata za kurs wynosi zł 50.

Biala-Bielsko. Czytelnia Lekarska została uruchomiona w Białej - Bielsku przez tamtejsze organizacje zawodowe. Bibljoteka posiada szereg nowych podręczników i oprócz wielkiej liczby czasopism krajowych pisma francuskie i niemieckie wszystkich specjalności. PP. Koledzy-autorzy prac naukowych są proszeni tą drogą o przesłanie odbitek swych prac do czytelni, która ma spełnić ważną rolę w życiu zawodowem lekarzy kresów zachodnich. Adres dla przesyłek: dr. Obständer, Bielsko, Rycerska 1.

Medycyna społeczna.

Sosnowiec. Dnia 13. X. b. r. nastąpiło uroczyste otwarcie nowozbudowanego szpitala ginekologiczno-położniczego Kasy Chorych w Sosnowcu. Budowa gmachu tego, posiadającego miejsce dla 110 chorych i wyposażonego w najlepsze urządzenie techniczno-lekarskie, kosztowała 1,580,000 zł. Dyrektorem szpitala jest dr. K. Suchodolski.

Dąbrowa Górnicza. Dnia 13. X. nastąpiło uroczyste otwarcie ambulatorjum Powiatowej Kasy Chorych.

Pierwsza w Polsce Przychodnia dla chorych na gruźlicę kości. Z inicjatywy i funduszów ministerstwa opieki społecznej powstała w Warszawie przy udziale Polskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego pierwsza w Polsce przychodnia dla chorych na gruźlicę kości. Przychodnia ta znajduje się w lokalu kliniki wewnętrznej uniwersytetu warszawskiego.

Różne.

Do 1. stycznia 1933 poddano w Ameryce zabiegom sterylizacyjnym w wykonaniu obowiązującej w poszczególnych stanach ustawy o ochronie przed dziedzicznie obarczonem potomstwem 6999 mężczyzn i 9067 kobiet. Ustawa odpowiednia obowiązuje najdłużej, bo od roku 1909 w stanie kalifornijskim i stamtąd wywodzi się przeważna część sterylizowanych osobników.

W Niemczech wydano nakaz badania wwożonego mięsa niedźwiedziego na włośnicę, mięso kotów, lisów i innych mięsożernych, któreby mogły być zakażone włośnicą, jest do wwozu zakazane.

W naukowych instytutach badawczych w Moskwie postanowiono, by obecnie w ocenie pracowników kierować się przedewszystkiem ich uzdolnieniem, a nie pochodzeniem z rodzin robotniczych lub przynależnością do partji.

W 40. tygodniu roku 1933 (od 1. X. do 7. X.) stwierdzono w Polsce 382 zachorowań na dur brzuszny, 708 na płonicę, 449 na błonicę, 1049 na odrę, 338 na jaglicę. Cztery osoby (dwie z woj. lwowskiego, po jednej z kieleckiego i poleskiego) zmarły na wściekliznę, jedna zachorowała na włośnicę.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA NA KWARTAŁ IV-ty

w kraju . . . . zł 14.—
zagranicą . . . . $ 2.50